

Gylce Eloisa Cabreira Panitz Cruz

**CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS PORTADORES DE
HIV/AIDS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

**SÃO PAULO
2012**

Gylce Eloisa Cabreira Panitz Cruz

**CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS PORTADORES DE
HIV/AIDS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Professor Doutor Luiz Roberto Ramos

**SÃO PAULO
2012**

Gylce, Eloisa Cabreira Panitz Cruz

Capacidade Funcional de Idosos Portadores de HIV/AIDS: um estudo epidemiológico./Gylce Eloisa Cabreira Panitz Cruz. – São Paulo, 2012. 136p.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Functional capacity of elderly patients with HIV/AIDS: an epidemiological study.

1. Atividade de Vida Diária 2.Idoso 3.HIV 4.AIDS
5.Epidemiologia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP
Departamento de Medicina Preventiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Chefe do Departamento: Dra. Rebeca de Souza e Silva

Coordenador do Curso de Pós-Graduação: Dra. Suely Godoy Agostinho Gimeno

Gylce Eloisa Cabreira Panitz Cruz

**Capacidade Funcional de Idosos Portadores de HIV/AIDS: um
estudo epidemiológico**

Presidente da Banca: Prof. Dr. Luiz Roberto Ramos

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Roberto Ramos _____

Prof^a. Dra. Ana Lúcia De Mattia _____

Prof. Dr. Paulo Renato Canineu _____

Prof. Dr. Mauro Schechter _____

Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo _____

Dedico: A TODOS OS ENVOLVIDOS COM O ENVELHECIMENTO HUMANO!

AGRADEÇO

A DEUS.

À minha família, meu porto seguro: Felipe, Fernanda e meu mano Cezar.

Com um carinho muito especial ao meu orientador: Professor Luiz, foi uma honra estar ao seu lado; esta valiosa oportunidade está registrada em minha memória, para sempre! Aos meus alunos, meu grande estímulo na busca de crescimento pessoal e profissional, que por acreditarem nos meus sonhos me ajudaram a construir esta caminhada.

Aos funcionários do Centro de Referência e Tratamento de Santos-SP.

Aos meus colegas da Universidade Federal de São João del Rei.

E principalmente aos idosos portadores de HIV e vivendo com AIDS, pela importante contribuição à sociedade.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Aos meus pais, in memoriam:

Eloísa da Cruz Cabreira (1923-1963)

Com a falta que a senhora me fez aprendi a não temer a vida.

Tenente Fernando Cabreira (1923-1996)

Juntos construimos uma história de vida que me ensinou a ver o mundo de maneira renovada. Com o senhor tive aulas de coragem, alma, alegrias, confiança, sorrisos, verdades, amores e bravuras, e aprendi também a admirar a cada momento o melhor nas pessoas e a perceber que sempre há uma coisa boa para acontecer na vida!!!

RESUMO

Objetivo: avaliar a capacidade funcional dos portadores de HIV/AIDS na faixa etária de 60 anos ou mais da cidade de Santos/SP. **Método:** descritivo, transversal e quantitativo, desenvolvido por inquérito epidemiológico observacional. Para avaliar a capacidade funcional foram aplicados os domínios da saúde mental e das atividades de vida diária do Brazilian OARS (Order Americans Resources and Services) Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, e o miniexame do estado mental que avalia cognição. A população estudada ficou representada por 142 idosos. **Resultados:** 56,30% do sexo masculino e 43,70% do feminino, 74,76% de 60 a 69 anos de idade e a média de idade na data do diagnóstico foi de 56 anos. 82,39% tinham AIDS e 17,60%, HIV. 71,70% contaminados em relações heterossexuais com múltiplos parceiros, a maioria de viúvos, solteiros ou separados, 33,10% com oito anos de estudo e 35,20% com mais de nove anos, 65,40% aposentados, 77,40% com renda fixa. 28,90% tiveram tuberculose, seguida de hepatite B, pneumonia, hepatite C, sífilis e gonorreia. 85,80% nunca abandonaram a terapia antirretroviral e quase a metade iniciou o tratamento há mais de 15 anos. O aumento de T CD4+ e T CD8+ em relação ao ano do diagnóstico foi significativo. 52,50% eram hipertensos e 23,40% depressivos. No índice de massa corpórea, 57% eram eutróficos. Referiram ter boa saúde 65,70% e 45,30% disseram que a saúde deles era igual à saúde de outras pessoas da mesma idade. 71,83% não apresentaram déficit cognitivo, 75,88% não mostraram *screening* positivo de saúde mental, tipo distímia, e 61,26% não tinham nenhuma dificuldade para executar as 15 atividades de vida diária; 16,90% tinham pouca dificuldade entre uma a três atividades, 9,15% tinham muita dificuldade para executar de quatro a seis atividades e 12,67% não realizavam sete ou mais atividades. **Conclusões:** a maioria era de viúvos, solteiros ou separados, vivendo em domicílio unipessoal e com boa escolaridade. O comportamento sexual foi o principal fator de risco na contaminação pelo HIV e a idade mostrou que eles tinham mais de 50 anos no ano do diagnóstico. Quase a metade dos idosos estava em tratamento há mais de 15 anos, e o aumento de linfócitos T CD4+ e T CD8+ foi significativo. Os dados indicativos da funcionalidade desses idosos portadores de HIV/AIDS se mostraram semelhantes à avaliação da cognição, da saúde mental e da independência para atividades de vida diárias dos idosos representativos da população em geral.

Palavras-chave: Atividade de Vida Diária. Idoso. HIV. AIDS. Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: estimate the functional capacity of HIV/AIDS patients aged 60+ years old in Santos/SP. Method: Descriptive, transversal, and quantitative, developed by observational epidemiological investigation. To evaluate the functional capacity were applied the mental health dominions and the daily living activities from the Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, and the mental state mini examination which estimates cognition. The studied population was represented by 142 elderly patients. **Results:** 56,30% male and 43,70% female patients, 74,76% of whom between 60 and 69 years old and the median age at the time of diagnosis was 56 years old. 82,39% had developed AIDS and 17,6%, HIV+. 71,70% became infected in heterosexual relationships with multiple partners, and most patients were widowers, unmarried or separated, 33,10% with eight years of schooling and 35,20% with more than nine years, 65,40% were retired, 77,40% had fixed income. 28,90% had developed tuberculosis, followed by pneumonia, hepatitis B, hepatitis C, syphilis and gonorrhea. 86% had never abandoned antirretroviral therapy and nearly half had started the treatment more than 15 years ago. The increase in TCD4+ and TCD8+ in relation to the year of diagnosis was significant. 52.5% had high blood pressure while 23.4% suffered from depression. Based on their body mass index, 57% were eutrophic. 66% reported to be in good health and 45% said that their health was similar to the health of other people at same age. 71.83% did not show any cognitive deficit, 75.88% did not show positive mental health screening, like dysthymia, and 61.26% had no difficulty to perform the 15 activities of daily living; 16.90% had little difficulty between one to three activities, 9.15% had a lot of difficulty to perform four to six activities and 12.67% didn't perform seven or more activities. **Conclusions:** most patients were widowers, unmarried or separated, living in a single family residence and had good education. Sexual behavior was the main risk factor in HIV contamination risk and the age showed that they were over 50 years old in the year of diagnosis. Nearly half of the elderly patients had been undergoing treatment for more than 15 years, and the increase of TCD4 and TCD8 lymphocytes was significant. The indicative data of functionality of these elderly patients carrying HIV/AIDS were similar to the cognition estimate, the mental health and the independence for daily living activities of elderly people representative of the population in general.

Keywords: Activities of Daily Living. Elderly. HIV. AIDS. Epidemiology.

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 16 |
| Objetivo Geral | 19 |
| Objetivos Específicos | 19 |
| 1 POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA | 20 |
| 1.1 O Processo de Envelhecimento da População | 20 |
| 1.2 HIV/AIDS e Idosos | 25 |
| 1.2.1 Características Gerais do HIV/AIDS | 25 |
| 1.2.2 Aspectos Epidemiológicos dos Idosos com HIV/AIDS no Brasil | 28 |
| 1.2.3 Diagnóstico de HIV/AIDS em Idosos | 31 |
| 1.2.4 Fatores de Risco de Infecção por HIV em Idosos | 33 |
| 1.2.5 Terapia Antirretroviral e Idosos | 36 |
| 1.3 Capacidade Funcional e Idosos Portadores de HIV/AIDS | 42 |
| 1.3.1 Característica Conceitual | 42 |
| 1.3.2 Capacidade Funcional, Autonomia e Independência | 45 |
| 1.3.3 Envelhecimento, HIV/AIDS e Funcionalidade | 47 |
| 2 METODOLOGIA | 52 |
| 2.1 Tipo de Estudo | 52 |
| 2.2 População-Alvo | 53 |
| 2.3 População Estudada | 54 |
| 2.4 Coleta de Dados | 55 |
| 2.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados | 55 |
| 2.4.2 Avaliação do Perfil Cognitivo | 57 |
| 2.4.3 Avaliação da Saúde Mental (humor) | 58 |
| 2.4.4 Avaliação das Atividades de Vida Diária | 58 |
| 2.5 Considerações Éticas | 59 |
| 2.5.1 Termo de consentimento livre e esclarecido | 59 |
| 2.6 Análise dos Resultados | 60 |
| 3 RESULTADOS | 61 |
| 3.1 Grupo 1 – Caracterização do Perfil Sociodemográfico | 61 |
| 3.2 Grupo 2 – Caracterização dos Aspectos Relacionados à Saúde | 65 |
| 3.3 Grupo 3 – Caracterização do Perfil Epidemiológico Relacionado ao HIV/AIDS | 73 |
| 3.4 Grupo 4 – Avaliação da Capacidade Funcional | 80 |
| 3.4.1 Avaliação do Déficit Cognitivo | 80 |
| 3.4.2 Avaliação da Saúde Mental | 84 |
| 3.4.3 Avaliação das Atividades de Vida Diária | 88 |
| 4 DISCUSSÃO | 93 |
| 5 CONCLUSÕES | 104 |
| REFERÊNCIAS | 106 |
| BIBLIOGRAFIA CONSULTADA | 120 |
| APÊNDICES | 121 |
| ANEXOS | 133 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 61 |
| Tabela 2. Caracterização dos idosos portadores de HIV/AIDS, segundo a profissão, Santos-SP, 2009 | 62 |
| Tabela 3. Descrição das variáveis socioeconômica dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 63 |
| Tabela 4. Caracterização dos idosos portadores de HIV/AIDS, segundo a renda mensal, Santos – SP, 2009 | 64 |
| Tabela 5. Medidas descritivas da renda total dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 64 |
| Tabela 6. Medidas descritivas segundo os anos de consumo de tabaco dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 65 |
| Tabela 7. Medidas descritivas segundo os anos de consumo de bebida alcoólica entre idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 66 |
| Tabela 8. Medidas descritivas relacionadas aos anos de consumo de drogas entre idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 66 |
| Tabela 9. Caracterização do consumo de medicamentos pelos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 67 |
| Tabela 10. Caracterização das doenças crônicas não transmissíveis entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 68 |
| Tabela 11. Caracterização da imunização entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 69 |
| Tabela 12. Medidas descritivas do índice de massa corpórea, segundo altura e peso dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 69 |
| Tabela 12a. Classificação do índice de massa corpórea dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 70 |
| Tabela 13. Avaliação subjetiva de saúde dos idosos portadores de HIV/AIDS segundo o sexo, Santos-SP, 2009 | 70 |
| Tabela 13a. Avaliação subjetiva de saúde dos idosos portadores de HIV/AIDS, segundo os grupos etários, Santos-SP, 2009 | 71 |
| Tabela 14. Caracterização da comparação de saúde dos idosos portadores de HIV/AIDS, segundo o sexo, Santos-SP, 2009 | 71 |

| | |
|--|----|
| Tabela 14a. Caracterização da comparação de saúde dos idosos portadores de HIV/AIDS, com a saúde de outras pessoas da mesma idade, segundo grupos etários, Santos-SP, 2009 | 72 |
| Tabela 15. Caracterização da satisfação com a vida entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo sexo, Santos-SP, 2009..... | 72 |
| Tabela 15a. Caracterização da satisfação com a vida entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo grupos etários, Santos-SP, 2009..... | 73 |
| Tabela 16. Caracterização do comportamento sexual dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 74 |
| Tabela 17. Medidas descritivas da idade dos idosos portadores de HIV/AIDS, no ano do diagnóstico, Santos-SP, 2009 | 75 |
| Tabela 18. Descrição das doenças infecciosas entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009..... | 76 |
| Tabela 18a. Caracterização dos agentes infecciosos e das DSTs entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo o sexo, Santos-SP, 2009..... | 76 |
| Tabela 19. Uso da terapia antirretroviral entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo os anos de tratamento, Santos-SP, 2009 | 77 |
| Tabela 20. Contagem de linfócitos T CD4+ entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo os anos de tratamento, Santos-SP, 2009 | 77 |
| Tabela 20a. Caracterização da quantidade de linfócitos T CD4+ entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009..... | 78 |
| Tabela 21. Medidas descritivas da quantidade de linfócitos T CD8+entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009..... | 78 |
| Tabela 22. Caracterização da carga viral entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 79 |
| Tabela 23. Distribuição dos pontos no MEEM entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 80 |
| Tabela 23a. Caracterização dos idosos portadores de HIV/AIDS com e sem déficit cognitivo no MEEM, segundo sexo, Santos-SP, 2009 | 81 |
| Tabela 23b. Caracterização dos idosos portadores de HIV/AIDS com e sem déficit cognitivo no MEEM, segundo grupos etários, Santos-SP, 2009 | 81 |
| Tabela 23c. Caracterização dos anos de estudo entre os idosos portadores de HIV/AIDS com déficit cognitivo, segundo grupos etários e sexo, Santos-SP, 2009 | 82 |

| | |
|--|----|
| Tabela 23d. Estatística descritiva dos anos de estudos dos idosos portadores de HIV/AIDS com déficit cognitivo, segundo sexo e grupos etários, Santos-SP, 2009 | 83 |
| Tabela 24. Frequência de respostas no <i>screening</i> de saúde mental entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009..... | 84 |
| Tabela 24a. Medidas descritivas da pontuação no <i>screening</i> de saúde mental entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo sexo, Santos-SP, 2009..... | 85 |
| Tabela 24b. Medidas descritivas da pontuação no <i>screening</i> de saúde mental entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo grupos etários, Santos-SP, 2009 | 86 |
| Tabela 24c. Medidas descritivas no <i>screening</i> de saúde mental entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo sexo, Santos-SP, 2009..... | 86 |
| Tabela 24d. Medidas descritivas no <i>screening</i> de saúde mental entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo grupos etários, Santos-SP, 2009..... | 87 |
| Tabela 25. Padrão de dificuldade para executar uma ou mais AVDs dos idosos portadores de HIV/AIDS Santos-SP, 2009..... | 87 |
| Tabela 25a. Distribuição da ordem de referência de dificuldade para executar uma ou mais AVDs dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009 | 89 |
| Tabela 25b. Padrão de dificuldade dos idosos portadores de HIV/AIDS para executar as AVDs segundo sexo, Santos-SP, 200 | 90 |
| Tabela 25c. Padrão de dificuldade dos idosos portadores de HIV/AIDS para executar as AVDs segundo grupos etários, Santos-SP, 2009 | 90 |
| Tabela 25d. Classificação do grau de independência dos idosos portadores de HIV/AIDS nas AVDs, Santos-SP, 2009 | 91 |
| Tabela 25e. Distribuição da ordem de referência de dificuldade dos idosos para executar sete ou mais AVDs, Santos-SP, 2009 | 92 |

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

| | |
|--------------|--|
| AIDS..... | Acquired Immunodeficiency Syndrome |
| AIVD..... | Atividades Instrumentais de Vida Diária |
| AVD..... | Atividades de Vida Diária |
| AVDI..... | Atividades de Vida Diária Instrumentais |
| AVDP..... | Atividades de Vida Diária Pessoais |
| BOMFAQ..... | Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire |
| CEE..... | Centro de Estudos do Envelhecimento |
| CID..... | Classificação Internacional de Doenças |
| CIDID..... | Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens |
| CIF..... | Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde |
| CNS..... | Conselho Nacional de Saúde |
| CRF..... | Formas Recombinantes Circulantes |
| CRT..... | Centro de Referência e Tratamento |
| CTA..... | Centro de Testagem e Aconselhamento |
| DNA..... | Ácido Desoxirribonucleico |
| DST..... | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| EPIDOSO..... | Epidemiologia do Idoso |
| EPM..... | Escola Paulista de Medicina |
| HIV..... | Human Immunodeficiency Virus |
| IBGE..... | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICIDH..... | International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps |
| IMC..... | Índice de Massa Corpórea |
| MEEM..... | Mini Exame do Estado Mental |
| MMSE..... | Mini Mental State Examination |
| OARS..... | Older Americans Resources and Services |
| OMS..... | Organização Mundial de Saúde |
| PCAP..... | Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas |
| PNAD..... | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PVHA..... | Pessoas vivendo com HIV/AIDS |
| QI..... | Quociente de Inteligência |
| QRP..... | Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico |
| RNA..... | Ácido Ribonucleico |

| | |
|--------------|--|
| SIM..... | Sistema de Informação sobre Mortalidade |
| SINAN..... | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SPES..... | Short Psychiatric Evaluation Schedule |
| SPREDIN..... | Seção de Prevenção às Doenças Infectocontagiosas |
| SPSS..... | Statistical Package for the Social Sciences |
| TARV..... | Terapia antirretroviral |
| UNIFESP..... | Universidade Federal de São Paulo |
| VPN..... | Valor Preditivo Negativo |
| VPP..... | Valor Preditivo Positivo |

INTRODUÇÃO

Durante o século XX, o Brasil passou por um dos processos populacionais de envelhecimento mais acelerados, quando comparado a alguns países mais populosos do mundo.

Em 1950, o Brasil contava com 4,2% de pessoas com 60 anos de idade ou mais. Em 2000, essa relação subiu para 8,6%. Para 2050, a projeção é de aproximadamente 18,4%, ou seja, quase um quinto da população total (KRONBAUER et al., 2009).

Em relação absoluta, o incremento da população idosa mundial não é muito diferente. Em 2000 havia 600 mil idosos no planeta, e em 2050 esse crescimento deve chegar a 2 bilhões, sendo considerado relevante e mais rápido principalmente nos países em desenvolvimento. Na Ásia e na América Latina, a proporção de idosos aumentará de 8% para 15% no período de 1998 a 2025; na África há previsão de crescer somente de 5% a 6% no mesmo período, mas deverá duplicar até o ano de 2050. Na África Subsaariana, o percentual chegará à metade desse nível, mesmo com os problemas econômicos e sociais agregados ao contínuo enfrentamento contra o vírus da AIDS. Na Europa e América do Norte, entre 1998 e 2025, aumentará de 20% para 28% e de 16% para 26%, respectivamente (BRASIL, 2003).

Outro fato de grande importância relacionado ao aumento da população idosa no Brasil é o aumento da expectativa de vida ao nascer, que cresceu mais de três anos na última década e passou de 69,3 anos em 1997 para 72,8 anos em 2008. As mulheres ainda vivem mais tempo: em média 76,5 anos, contra os 69 anos vividos pelos homens (IBGE, 2008). Na divulgação do terceiro balanço da coleta de dados do censo brasileiro de 2010, foram contabilizadas aproximadamente 24 mil pessoas com mais de 100 anos (IBGE, 2010).

O grupo etário de 80 ou mais anos é o que cresce mais rapidamente. No ano 2000 foram contabilizados 70 milhões de indivíduos no País e há projeções de aumentar mais cinco vezes até 2050. As idosas vão superar os homens à medida que a idade avança (BRASIL, 2003).

No Brasil, de acordo com a Lei nº 10.741/2003 que regulamenta o Estatuto do Idoso, é considerado idoso o indivíduo a partir dos 60 anos de idade. Para a

Organização das Nações Unidas, existem três categorias de idosos: os pré-idosos (entre 55 e 64 anos); os idosos jovens (entre 65 e 79 anos – ou entre 60 e 69 para quem vive na Ásia e na região do Pacífico); e os idosos de idade avançada (com mais de 75 ou 80 anos). Os idosos com mais de 80 anos são e deverão continuar sendo, na sua maior parte, do sexo feminino.

Neste contexto, o processo de envelhecimento da população e as recentes garantias de longevidade chamam a atenção sobre as questões de saúde e a incidência de morbidade, morbidade múltipla e de disfuncionalidade (PINNELLI; SABATELLO, 1993).

Parahyba e Veras (2008) observaram que o enfoque da mortalidade e da longevidade foi transferido para o estado de saúde do idoso, que tem gerado investigações com a finalidade de identificar como a perda da capacidade funcional está distribuída e quais os determinantes e as possíveis consequências desta condição. Resultados recentes mostram a possibilidade de ampliar o estreito enfoque do conceito da presença ou ausência de doenças.

Segundo Kane e Kane (1981) e Fillenbaum (1984), como conceito de saúde do idoso, a capacidade funcional surgiu sob o aspecto de um novo paradigma importante. Neste sentido, envelhecimento saudável compreende o resultado da interação multidimensional entre saúde física e mental, autonomia e independência na vida diária, participação social, suporte familiar e independência econômica.

Para Ramos (2003), mesmo que eventos cotidianos juntos ou isolados, tais como falência econômica, doença incapacitante, distúrbio mental, um acidente, entre outros, possam comprometer a capacidade funcional de um indivíduo, o bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.

Com o contexto exposto, observamos que a AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) é uma doença crônica transmissível que acomete as pessoas idosas devido à complexa natureza multidimensional dos problemas que apresenta e que podem afetar a capacidade funcional dos portadores.

Assim, a capacidade funcional de pessoas com 60 anos ou mais de idade, portadoras de HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) e com AIDS, representa o tema

desta tese que se concentra na área de epidemiologia e foi desenvolvida na linha de pesquisa da epidemiologia do envelhecimento. O presente estudo leva em consideração que a epidemiologia tem como objetivo disseminar, produzir e aplicar conhecimentos na identificação e controle de problemas de saúde que afetam a população ou grupos específicos.

Ao completar três décadas de história da AIDS, constatamos que o perfil epidemiológico, epidemiológico-clínico e bioestatístico dos portadores de HIV se mostra diferente dos pacientes com AIDS em alguns aspectos, e entre os mais expressivos podemos citar a idade.

Com esta visibilidade percebemos que existe um efeito em curso do vírus HIV e da AIDS entre os sujeitos mais velhos, mas relativamente poucos dados dizem respeito diretamente à questão do possível sinergismo entre estas possibilidades, se considerarmos que os efeitos podem variar entre os indivíduos com os mesmos ou diferentes padrões étnicos, de gênero, etário, social, econômico, cultural, entre outros (BECKER et al. 2004). Entre as possibilidades de complicações clínicas, distinguimos as neuropsiquiátricas, as lesões da memória e da cognição motora e funcional mais graves, que predis põem o organismo a transtornos plurimetabólicos, incluindo os efeitos colaterais da terapia antirretroviral (STOFF, 2004; KRAMER et al., 2009).

Assim, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos às manifestações do HIV e da AIDS em idosos. Uma investigação na primeira consulta sobre o comportamento sexual do idoso pode trazer subsídios para identificar possíveis portadores. Evidências científicas mostram que os idosos apresentam maior risco de um diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, em comparação com as idades intermediárias (BRASIL, 2010). Este fato corrobora a provável situação de que o diagnóstico do HIV é considerado mais comum em adultos jovens do que em idosos (ALENCAR & CIOSAK, 2010; SOUSA, 2008).

Na maioria dos casos, a doença é confundida com outras, devido ao fato de os médicos não solicitarem testes laboratoriais para sorologia de HIV com frequência (VASCONCELOS et al., 2001). Como resultado, os idosos apresentam índices de testagem para o HIV menores que outros grupos etários (ANDRADE, 2010; SOUSA, 2008).

Para realizar uma abordagem da capacidade funcional dos idosos portadores de HIV/AIDS, aplicamos os domínios do miniexame do estado mental (MEEM) e os domínios do *Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ), que avaliam a saúde mental e a independência para as atividades de vida diária (AVDs). Ressaltamos que não foram localizados estudos que abordem a capacidade funcional de idosos com HIV/AIDS ou que tragam a aplicação do BOMFAQ entre estes idosos, o que justifica o desenvolvimento desta tese e viabiliza seu ineditismo.

Objetivo Geral

Avaliar a capacidade funcional dos portadores de HIV/AIDS na faixa etária de 60 anos ou mais.

Objetivos Específicos

1. Identificar as características sociodemográficas.
2. Descrever os aspectos relacionados à saúde.
3. Identificar as características epidemiológicas relacionadas ao HIV/AIDS.
4. Avaliar a função cognitiva, a saúde mental e o padrão de dependência nas atividades de vida diária.

1. POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA

1.1 O Processo de Envelhecimento da População

Ao contrário do que imaginamos, o processo de envelhecimento populacional no Brasil resulta da baixa taxa de fecundidade, e não de mortalidade. O envelhecimento da população ocorre à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção dos mais jovens. Portanto, para que uma determinada população envelheça é necessário haver também uma menor taxa de fecundidade (NASRI, 2008).

Este processo ocorre desde 1940 no Brasil, onde o envelhecimento populacional é parte da evolução demográfica da população do País. Nessa década iniciou-se a transição demográfica, com o crescimento de pessoas idosas, decorrente também do declínio da imigração internacional, que apresentava uma população com muitos adultos jovens (BERQUÓ, 1996). Outros fatores que influenciaram essa transição na década de 40 foram os avanços científicos na prevenção de doenças e no aumento da longevidade, a consolidação da urbanização e fatores culturais de redução do tamanho da família, entre outros (RAMOS, 2002).

Desta maneira, no conjunto absoluto das taxas de fecundidade e mortalidade, a transição demográfica constitui-se fenômeno descrito por quatro estágios:

- 1) Altas taxas de fecundidade e mortalidade, com predomínio da população jovem;
- 2) A taxa de fecundidade se mantém alta, favorecida por conquistas científicas e sociais na prevenção de doenças, mas a taxa de mortalidade passou a declinar;
- 3) Ocorre o aumento proporcional dos adultos e dos jovens, e não mais de crianças, pela redução das taxas de fecundidade e de mortalidade, que continuam em queda;
- 4) Como as taxas de fecundidade e mortalidade continuam em queda, o contingente de idosos é expressivo.

A população brasileira está no terceiro estágio dessa transição devido à importante influência da redução da taxa de fecundidade (FREITAS, 2004).

Por conseguinte, nosso País tem um dos processos de envelhecimento populacionais mais acelerados do mundo quando comparado a alguns países mais populosos. Em 1950, o Brasil contava com 4,2% de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2000, essa relação subiu para 8,6%. Para 2050, a projeção é de aproximadamente 18,4%, ou seja, quase um quinto da população total (KRONBAUER et al., 2009).

Em 2008, as pessoas com mais de 60 anos de idade no Brasil eram cerca de 21 milhões, ultrapassando a população de idosos da Itália, França e Inglaterra, que varia de 14 a 16 milhões de pessoas, assim como ocorre em outros países da Europa. Este processo de envelhecimento da população tem relação direta com a expectativa de vida, que era de 62,7 anos em 1980, passando para 66,6 em 1990, e alcançando 72,8 anos em 2008. Com estas proporções, no ano de 2025 o Brasil será o sexto país em número de idosos. Estima-se que haverá mais de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade no País (IBGE, 2010a).

Os dados do IBGE mostraram que o crescimento relativo do segmento de pessoas idosas por grupos de idade foi expressivo entre 1998 e 2008, passando de 8,8% para 11,1%. O Rio de Janeiro (14,9%) e o Rio Grande do Sul (13,5%) continuam sendo os Estados com maior proporção de idosos. Em 1998 eram, juntamente com a Paraíba, os únicos Estados onde os idosos representavam mais de 10% da população. Atualmente, todos os Estados das Regiões Sul e Sudeste, assim como a maioria dos Estados do Nordeste, já alcançaram esta proporção.

Cerca de 5,5 milhões da população idosa no Brasil tem mais de 75 anos de idade, sendo que o segmento na faixa etária de 80 anos ou mais supera os demais desde 2008, quando alcançava cerca de três milhões de pessoas (IBGE, 2010a). No ano de 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81 homens idosos, e estima-se que em 2050, em números absolutos, teremos duas idosas para cada idoso nesta faixa etária (NASRI, 2008; STUMM, 2009).

Segundo a projeção do IBGE, o País continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, basicamente o

mesmo nível médio atual da Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20) e Japão (82,60).

O censo de 2010 revelou a existência de 23.760 idosos brasileiros com mais de 100 anos. Na Bahia, foram encontrados 3.525 brasileiros centenários, sendo considerada a unidade da Federação com o maior número, seguida por São Paulo com 3.146 e Minas Gerais, com 2.597 idosos (IBGE, 2010b).

Com essa dinâmica, a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira e a maioria deles tem alguma doença crônica ou incapacidade funcional. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, caracterizadas por doenças crônicas e múltiplas, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

Em 1987, estudos apontavam a transição demográfica como um fator substancial de mudanças no perfil de doenças, visto que, com o envelhecimento, as doenças crônico-degenerativas assumem maior importância em números do que as doenças infectocontagiosas, tornando-se razão de maior morbidade, pior qualidade de vida e grande ônus ao setor da saúde e à sociedade como um todo (VERAS, RAMOS, KALACHE, 1987).

Em 1950, as doenças infectocontagiosas foram responsáveis por 40% das mortes registradas no País. Hoje, representam menos de 10%. As doenças cardiovasculares eram a causa de 12% das mortes. Atualmente este número subiu para mais de 40%, sendo considerada a terceira causa mais importante de morte (BRASIL, 2008).

O perfil epidemiológico das doenças na população brasileira está caracterizado por três mudanças básicas: a substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis (infecciosas) por doenças não transmissíveis; o deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens (mortalidade infantil) para grupos mais idosos; e ainda, a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade, para outra em que a morbidade (doenças crônicas) é dominante (IBGE, 2010c).

As doenças próprias do envelhecimento são expressivas para o segmento da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é a demanda dos idosos por serviços

de saúde. Estes dados representam como o processo da longevidade está presente na sociedade brasileira, e indicam a necessidade de garantir uma infraestrutura de atendimento a essas pessoas (VERAS, 2008).

Os fatos e as evidências apontam urgência de mudanças em relação às pessoas idosas. As internações hospitalares, por exemplo, são frequentes e a ocupação do leito é maior, quando comparadas a outras faixas etárias. Este perfil revela maior carga de doenças nesta população, mais incapacidades e o consequente aumento do uso desses serviços (VERAS, 2009).

Veras ressalta que são necessários novos métodos de planejamento e gerência, na medida em que os modelos disponíveis se mostram por vezes ineficientes e onerosos. As ofertas de cuidados reclamam estruturas criativas e inovadoras, com propostas de ações diferenciadas para oferecer um sistema que ganhe eficiência, e o idoso possa usufruir integralmente dos anos proporcionados pelo avanço da ciência.

Portanto, não se trata apenas de uma infraestrutura de saúde, mas de todo um conjunto de medidas que contemplem os aspectos psicossociais, as relações de trabalho, o estudo e o convívio familiar, visando a garantir o bem-estar dos idosos brasileiros. Toda a política direcionada aos idosos precisa levar em conta a funcionalidade, autonomia, participação, cuidado e autossatisfação, mas fundamentalmente incentivar a prevenção de doenças e incapacidades e a atenção integral à saúde, com a finalidade de atuação nos diferentes ambientes sociais e a elaboração de novos significados na vida daqueles com idade avançada (OMS, 2002).

A saúde da população brasileira que envelhece deve ser vista a partir de uma perspectiva ampla, com ações intersetoriais e transdisciplinares, voltadas aos idosos que necessitam de cuidados, aos idosos que também propiciam cuidado aos outros, à prevenção em saúde, à promoção de uma vida com qualidade, ao equilíbrio entre a família e o Estado, e atenção para detectar possíveis causas de falência nos sistemas de saúde e previdência social (OMS, 2002).

Autoridades em saúde apontam que alguns desafios serão enfrentados diante deste panorama nos próximos anos, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, como o Brasil. Entre estes desafios, destacam-se as pressões sobre os sistemas de pensões e segurança social, a demanda por

cuidados de saúde e por cuidados de longa duração no trato com a demência, a necessidade de especialistas em geriatria e gerontologia, e o aumento penetrante para discriminar as pessoas que negam aos mais velhos os direitos e as oportunidades disponíveis para os adultos (OMS, 2002).

Estas questões podem ser amenizadas com a disponibilidade de medidas de segurança financeira, ambientes amigáveis, acesso eficaz aos cuidados de saúde e padrões sociais, considerando atributos éticos, biodemográficos, sociopolíticos e econômicos que favoreçam um envelhecimento ativo¹. Além disso, alertam para o fato de que é necessário perceber que os idosos contribuem para a dinâmica econômica, ou como consumidores e produtores de serviços, ou como chefes de família.

Na verdade, a preocupação com envelhecimento ativo compreende abordagens culturais, ambientais, de gênero, de promoção da saúde e prevenção de doenças, apoio social, educação, fatores econômicos e trabalho (RIBEIRO, 2006).

Em 2002, a OMS sugeriu também, pela primeira vez, o desafio de atender idosos portadores de HIV e vivendo com AIDS, declarando que na África e em outros países em desenvolvimento como o Brasil, a epidemia da AIDS entre os idosos apresentou múltiplos impactos, sendo que até 2002 essa população tinha sido extremamente negligenciada, incluindo os idosos cuidadores de portadores infectados e aqueles idosos que assumiram o papel de pais dos órfãos das vítimas da AIDS.

Informações da OMS confirmaram que a maior parte dos dados sobre as taxas de infecção por HIV foi compilada até a idade de 49 anos. Portanto, é preciso fazer com urgência uma coleta de dados aprimorada (sem limites de idade) que nos ajude a entender melhor o impacto do HIV/AIDS nos idosos. As atividades de informação, educação e prevenção sobre HIV/AIDS, bem como serviços de tratamento, devem considerar todas as idades.

¹ O termo envelhecimento ativo foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90 e compreende “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2002, p.13).

1.2 HIV/AIDS e Idosos

1.2.1 Características Gerais do HIV/AIDS

A AIDS foi reconhecida em 1981, quando houve os primeiros casos de sarcoma de Kaposi e pneumocistose em pacientes infectados pelo vírus responsável pela síndrome da imunodeficiência, cuja origem se atribui ao continente africano. Em 1983, um retrovírus foi isolado de portadores de AIDS e identificado posteriormente como HIV (PASQUALOTO, SCHWARZBOLD, 2006).

Este vírus compreende uma família diversificada de vírus RNA (ácido ribonucleico), que necessariamente precisa se integrar ao DNA (ácido desoxirribonucleico) do hospedeiro para se desenvolver. Este vírus mostra tropismo por células do sistema imunológico, tais como os linfócitos T CD4+ e macrófagos, assim como células do sistema nervoso central (SALOMÃO, PIGNATARI, 2004; REQUEJO, 2006).

Por distinção molecular, existem dois tipos conhecidos: HIV-1, de distribuição universal, e o HIV-2, com cinco subtipos A, B, C, D, E, restrito à África Central. O HIV-1 é caracterizado por alta virulência e infectividade e está subdividido em três grupos: o M (main)², o N (new)³ e o O (outlier)⁴. O grupo M, que surgiu aproximadamente em 1930, é o principal e mais disseminado e está composto por nove subtipos puros, A, B, C, D, F, G, H, J e K, incluindo (A1, A2, F1 e F2) e 43 formas recombinantes circulantes (CRF) de subtipos puros do grupo M distribuídas no mundo (GERETTI, 2006; BUTLER, 2007; SALOMÃO, PIGNATARI, 2004). Os subtipos e CRF têm distribuição geográfica característica, porém todos estão presentes na África (LEWI et al., 2003; SALOMÃO, PIGNATARI, 2004).

No Brasil, são atribuíveis ao tipo HIV-1 subtipo B aproximadamente 85% dos casos, seguidos pelo subtipo F1 (10%), C (5%), D e A em porcentagem menos expressiva. A distribuição no País assume padrões diversificados conforme a região geográfica (SALOMÃO, PIGNATARI, 2004; PEREIRA, 2010).

² Main = vírus do grupo principal.

³ New = novos grupos de vírus.

⁴ Outlier = grupo de vírus do tipo isolado.

Nos Estados brasileiros do Sul e Sudeste, a taxa de subtipo B chega a 50%, a C 28% e a F, 7%. No Nordeste, ocorre prevalência de mais de 80% do subtipo B, seguida por menos de 3% de F e do subtipo recombinante BC. Outras formas recombinantes, como B/C, B/F, F/D, e o trio B/C/F são consistentes com a circulação dos três principais subtipos nos demais Estados do Brasil (PEREIRA, 2010; REQUEJO, 2006).

Este vírus age no interior dos linfócitos T CD4+, as principais células de defesa do organismo, encontradas no sistema imunológico. Ao invadir essas células, o HIV integra-se ao código genético do linfócito e em duas a quatro semanas inicia um período de intensa replicação, levando a viremia para níveis muito altos.

A replicação do HIV-1 é maciça durante qualquer fase da infecção. Aproximadamente dez bilhões de vírus são reproduzidos e eliminados diariamente numa pessoa infectada, e o mesmo ocorre com os linfócitos T CD4+, com cerca de dois milhões produzidos (LEWI et al., 2003).

Nesta constante luta do vírus e do sistema imune, ocorre a depleção das células T CD4+, comprometendo a competência funcional do sistema de defesa imunológica do portador.

O período médio para o diagnóstico da AIDS, após a infecção pelo HIV é de três a dez anos, e o tempo de progressão da doença é proporcional à quantidade de vírus encontrada na corrente sanguínea, mas estudos descrevem que pode chegar a 20 anos (RACHID, SCHECHTER, 2008).

Para fins didáticos, especialistas mostram que o HIV apresenta três fases de desenvolvimento (BRASIL, 2010a; RACHID; SCHECHTER, 2008):

- ✓ A fase aguda, síndrome de soro conversão ou ainda infecção aguda, é a primeira e ocorre quando as pessoas apresentam sinais e sintomas clínicos de uma síndrome viral aguda, que varia de cinco dias a até doze semanas (média de duas a quatro semanas), podendo manifestar febre, faringite, mialgia, artralgia, cefaleia e a linfadenopatia.

Esta fase ainda está associada a quadros clínicos inexpressivos, com manifestações incapacitantes simples, muitas vezes decorrentes de uma faringite e mialgia por alguns dias.

O mesmo autor registra que, quanto às alterações por comprometimento do sistema nervoso central, os sinais mais evidentes são a cefaleia, meningite, fotofobia e neuropatia periférica, que podem persistir de uma a quatro semanas, e embora ocorram déficits neurológicos permanentes, eles são autolimitados.

- ✓ Na fase assintomática, os indivíduos não apresentam sinais e sintomas do desfecho clássico da infecção pelo HIV, mas nesta fase é necessária na abordagem clínica, a história social do paciente preferencialmente relacionada ao comportamento sexual, além de suportes psicológicos e profissionais especializados.

Exames periódicos como hemograma, contagem de linfócitos CD4, CD8 e carga viral, investigação de tuberculose, sorologia de *Toxoplasma gondii*, sífilis, hepatites A, B e C e citomegalovírus são realizados para investigar a história pregressa, ou em atividade, e avaliações subsequentes para considerar a instituição da terapia antirretroviral.

- ✓ A fase sintomática precoce ou inicial é caracterizada pela queda quantitativa dos linfócitos T CD4+, que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm³ de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades. Na presença de febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso superior a 10%, sudorese noturna e alterações laboratoriais, define-se a fase de estado da doença como fase sintomática tardia ou final da síndrome clínica da AIDS.

Nesta fase, alguns portadores desenvolvem alterações neurológicas caracterizadas por encefalopatias, mielopatias ou neuropatia periférica. Surgem as infecções oportunistas, ou reativam-se infecções, tais como tuberculose com maior prevalência, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose cerebral, candidíase,

citomegalovirose, meningite e manifestações graves de imunossupressão, como o sarcoma de Kaposi e linfomas não-Hodgkin (SALOMÃO, PIGNATARI, 2004; RACHID, SCHECHTER, 2008).

Com estas características, a AIDS ao longo da série histórica marca sua terceira década, e desde o início esteve associada a homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo.

Porém, há pouco mais de dez anos tem acometido preferencialmente a população feminina (feminização), os jovens entre 13 e 24 anos (juvenilização), os municípios com menores populações (interiorização), grupo de heterossexuais (heterossexualização) e registra-se, também, um incremento das taxas de incidência nas faixas etárias de 50 e acima de 60 anos e o aumento do número de infectados vivendo mais tempo com a doença (envelhecimento) (BRASIL, 2009).

1.2.2 Aspectos Epidemiológicos dos Idosos com HIV/AIDS no Brasil

Envelhecer não é mais privilégio de poucos e pode ser visto como uma conquista relevante para a população brasileira e para os países mais pobres. Ainda que os parâmetros de saúde das populações observadas no século XX tenham tido uma melhora substancial, estão longe de se distribuir de forma equitativa em diferentes países e contextos socioeconômicos (VERAS, 2008).

Paralelamente ao envelhecimento da população brasileira, da transição demográfica e epidemiológica, registramos, nos últimos anos, um aumento expressivo no número de pessoas com 60 anos de idade ou mais contaminadas pelo HIV e vivendo com AIDS.

Desta forma, ainda que a longevidade represente um fato indiscutível, percebemos que essa realidade pode estar acompanhada da constatação de que os idosos saudáveis, socialmente ativos ou com limitações e comprometimentos controláveis, estão vulneráveis a contrair infecção pelo HIV e desenvolver AIDS.

Vasconcelos em 2001, observando um grupo de idosos com HIV/AIDS, viu que os resultados apontaram um aumento no número de casos em mulheres,

principalmente as casadas, com predomínio de baixa escolaridade e subregistro nos prontuários.

Em 2009, Kramer e colegas mostraram em artigo de produção científica que o uso de terapia antirretroviral, combinada em idosos acima de 60 anos de idade, foi considerada a responsável pelo aumento dos casos de infecção pelo HIV, visto que tem proporcionado uma melhor qualidade e expectativa de vida ao portador.

Na cidade de Santos, Cruz (2004) constatou que entre os idosos portadores de HIV/AIDS do Centro de Referência e Tratamento de DST/AIDS, existia um homem para uma mulher contaminada, 46,5% eram viúvos, 48,2% solteiros, e 32% eram pessoas que tinham menos de oito anos de estudo, sendo que 52,6% viviam com AIDS e 47,4% eram portadores de HIV.

Em 2007, uma investigação documental realizada no Estado do Ceará, utilizando fichas de notificação compulsória de AIDS disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), resultou em 107 notificações de casos de HIV/AIDS entre pessoas de 60 e 69 anos de idade e 57 óbitos. O documento sinalizou um crescimento de 77,5% de casos, com uma concentração importante na cidade de Fortaleza (ARAÚJO et al., 2007).

Nesse documento, 44% dos indivíduos tinham baixo nível de escolaridade. A subcategoria heterossexual aumentou ao longo do tempo e foi evidenciada maior letalidade entre as mulheres, 73,9%. O conjunto de dados analisados permitiu inferir que entre a população acima de 60 anos de idade com AIDS no Ceará, há tendência semelhante às demais faixas etárias e fenômenos observados no País, a saber: heterossexualização, feminização, pauperização e envelhecimento (pessoas vivendo mais tempo com HIV/AIDS).

No nosso País, a notificação dos primeiros casos de AIDS em idosos na faixa etária dos 60 anos ou mais ocorreu no final do século passado. Entre 1980 e 1997 foram identificados 2.844 casos, sendo 2.190 do sexo masculino e 654 do sexo feminino. Em 2007, os idosos representavam 3,68% da população total de portadores diagnosticados (BRASIL, 2010).

Em relação aos casos acumulados desde 1980, em junho de 2010 houve um crescimento em ambos os sexos. O grupo masculino passou para 5.799 e o

feminino para 3.423. Estes números podem ser superiores, em função das subnotificações de casos.

A taxa de prevalência de infecção entre os idosos brasileiros de 60 a 79 anos de idade foi expressiva. No sexo masculino, entre 1980 e 1997, era de 1,76 casos/100.000 habitantes. Em 2010, este número subiu para 10,8 casos. No sexo feminino, entre 1980 e 1997, a taxa era de 1,65 casos/100.000 habitantes, e em 2010, passou para 6,4 casos/100.000 habitantes.

Quando foi observada a distribuição desses idosos em relação ao recorte regional, o resultado foi uma incidência elevada em todas as regiões do Brasil. Em 1996 existiam três idosos infectados para cada 100 mil habitantes no Norte, e em 2006 essa taxa subiu para 13; no Nordeste, o acréscimo foi de 2,8 para 7,6; no Sudeste, subiu de 10,9 para 18,3; no Sul, de 7,1 para 22,9 e no Centro-Oeste, de 6,8 para 14. Desse total, 78,60% tinham entre 60 e 69 anos, 18,98% entre 70 e 79 anos e 2,41% tinham 80 anos ou mais (BRASIL, 2010).

Segundo Andrade (2010), comparada com anos anteriores, essa porcentagem de idosos infectados é recorde, e existe uma expectativa bem fundamentada de que a população idosa com HIV/AIDS aumente nos próximos anos. Algumas razões justificam tal previsão: o prolongamento da longevidade sexual entre os idosos, e a melhoria no tratamento e acompanhamento dos infectados pelo vírus.

Ainda não há conhecimento suficiente das dimensões desta epidemia neste grupo, e sobre o que precisamente deve ser feito com a população que está envelhecendo com AIDS.

O que percebemos até o momento é a necessidade de envolver profissionais e gestores especializados em geriatria e gerontologia nos serviços, e ao mesmo tempo promover políticas de saúde do idoso, voltadas às complexidades associadas do diagnóstico de HIV e da instituição da síndrome clínica da AIDS em pessoas com mais de 60 anos de idade, com a finalidade de prevenir novos casos.

1.2.3 Diagnóstico de HIV/AIDS em Idosos

Verificamos que o diagnóstico de infecção por HIV em idosos tem ocorrido com certa rotina, após extensa investigação e por exclusão de outras doenças, devido à semelhança existente nas respostas clínicas entre as doenças oportunistas que acometem os portadores e as doenças pertinentes do envelhecimento. Exemplos: o mal de Parkinson, o Alzheimer, demências, doenças respiratórias, artrite reumatoide, doenças autoimunes e a infecção viral aguda (ALENCAR & CIOSAK, 2010; SOUSA, 2009; MEDEIROS et al., 2008).

Observamos na literatura, que alguns idosos não apresentam o quadro esperado que determine a fase aguda e sintomática precoce, tanto para as anormalidades da infecção pelo HIV como para a manifestação das infecções oportunistas dos sistemas institucionais da AIDS.

Pode não ocorrer febre e a resposta inflamatória geral ser menos intensa, mascarando a resposta imunológica para a infecção pelo HIV, como a tuberculose pulmonar (doença que inclusive pode ser reativada pelo HIV), neoplasias e doenças degenerativas do sistema nervoso central, e some-se a isto a possibilidade de se considerar a perda de peso, astenia, repetições de pneumonias, doenças cutâneas, candidíase, anemia, demência e falta de apetite como eventos normais no indivíduo idoso, confundindo o médico (SILVA et al., 2008; MEDEIROS et al., 2008).

Segundo Araújo e colegas (2007), o diagnóstico é muitas vezes complicado e muitos idosos estão falecendo nas emergências e demais serviços, sem que a maioria dos médicos consiga diagnosticar o HIV e a AIDS.

Neste perfil, os índices de testagem para o HIV podem ser menores do que outros grupos etários (ANDRADE, 2010; SOUSA, 2008). Este fato corrobora a provável situação de que o diagnóstico do HIV é considerado mais comum em adultos jovens do que em idosos (ALENCAR & CIOSAK, 2010).

Fatores biológicos, considerando a idade, podem apresentar também resultados falso-positivos para os testes que pesquisam anti-HIV, portanto, doenças relacionadas ao vírus não estão atualmente sendo identificadas por problemas específicos da idade (SOUSA, 2009; OLIVI, 2008).

Nos Estados Unidos, uma pesquisa de prevalência do não diagnóstico da infecção pelo HIV em idosos que foram a óbito na instituição do estudo e que não apresentavam história prévia de infecção pelo HIV, com uma amostra de 257 indivíduos, revelou que 5% dos idosos (13 indivíduos) continham anticorpos para HIV, embora esses não tenham falecido em virtude dessa infecção (KRAMER et al., 2009).

Naquele mesmo país, em 1998, um caso de AIDS envolvendo um homem de 57 anos que foi a óbito, também mostrou que o diagnóstico original tinha sido Alzheimer, mas a autópsia revelou HIV no tecido cerebral, ao lado de mudanças não condizentes com a doença de Alzheimer. Foi constatado que este homem havia contraído HIV por transfusão de sangue durante uma cirurgia (BENEDICT et al., 1998). Desse modo os autores sugerem que uma investigação ampla na primeira consulta possa trazer subsídios para diagnosticar possíveis portadores na terceira idade.

Existe um efeito em curso do vírus entre os sujeitos mais velhos, na compreensão sobre como a idade e o diagnóstico de HIV interagem, pois há poucos dados relacionados diretamente ao possível sinergismo entre estes fatores (BECKER et al., 2004).

Assim, os gestores do programa de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS no Brasil reconhecem que o sistema imunológico em pessoas com mais de 60 anos é frágil e dificulta o diagnóstico de infecção por HIV. Isto ocorre porque, com o envelhecimento, algumas doenças tornam-se comuns. E os sintomas da AIDS podem ser confundidos com os dessas outras infecções. Tanto a pessoa idosa quanto os profissionais da saúde tendem a não pensar na AIDS, e muitas vezes negligenciam a doença nessa faixa etária.

O diagnóstico tardio de AIDS permite o aparecimento de infecções cada vez mais graves e compromete a saúde mental (podendo causar até demência). Quanto antes começar o tratamento correto da AIDS, mais o soropositivo ganha em qualidade e anos de vida. Por isso, recomendam fazer o teste com os idosos porque é rápido, seguro e pode ser feito em qualquer unidade pública de saúde (BRASIL, 2011).

A perspectiva do diagnóstico precoce para infecção do HIV entre idosos é o ideal, pois contribui para o aumento da expectativa e da qualidade de vida dos portadores, além de ser uma dimensão preventiva de incapacidades e de controle da disseminação do vírus HIV entre pessoas dessa faixa etária.

1.2.4 Fatores de Risco de Infecção por HIV em Idosos

Na busca de identificar fatores que poderiam contribuir com a infecção pelo HIV entre os idosos, encontramos um estudo publicado em 1998 sobre o comportamento sexual da população brasileira e percepção do risco quanto ao HIV/AIDS.

Este estudo compreendeu uma amostra de 3.600 indivíduos de 16 a 65 anos, e revelou que 80% das pessoas eram sexualmente ativas, sendo que os homens eram mais ativos (87%) do que as mulheres (72%). Dentre esses indivíduos, 81% tiveram relações estáveis nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa e 6% relações eventuais. No referido período, 71% das mulheres tiveram relações sexuais com um único parceiro, contra 46% dos homens (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

Cerca de 35% dos entrevistados tiveram relações sexuais com dois ou mais parceiros e 6% com mais de cinco parceiros durante o período, e concluíram que práticas sexuais, principalmente sem proteção, são fatores de risco extremamente importantes e novos na história da humanidade, à medida que podem colocar as pessoas em condição de vulnerabilidade ao vírus da AIDS.

Em 2003, 67,1% das pessoas observadas no Brasil entre 50 e 59 anos de idade e 39,2% com 60 anos ou mais eram sexualmente ativas (PAIVA, 2003). Contudo, há uma crescente evidência de que esse grupo está se infectando cada vez mais, não só pelo HIV, mas também por outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), como sífilis e gonorreia (GROSS, 2005).

Sousa, em 2008, descreveu que os idosos fazem parte das tendências recentes da epidemia da AIDS como sendo um grupo vulnerável, por resultados da comercialização dos medicamentos para disfunção erétil, do aumento das relações sociais e também sexuais, da qualidade de vida, da falta do hábito de lidar com método preventivo recorrente de décadas passadas.

A flacidez peniana é considerada como uma condição que dificulta o uso de preservativo, porque interfere na dinâmica do ato sexual (CASTRO et al., 2007; SOUSA, 2008). Sobre este ponto de vista, Silva et al (2008) descreveram que 32% dos idosos observados já haviam usado pílula para disfunção erétil alguma vez, e 21% já haviam utilizado durante os seis meses anteriores à pesquisa, sendo o uso

recente e maior entre homens HIV soropositivos (42%) do que entre os soronegativos (19%) ou de sorologia indefinida (12%).

O advento de pílulas para o tratamento da disfunção erétil, próteses penianas, reposição hormonal em ambos os sexos, melhor controle medicamentoso das doenças comuns dos idosos, entre outros, aumentou a atividade sexual tanto dos homens quanto das mulheres na terceira idade, porém aumentou também o risco de infecção pelo HIV e a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), (SILVA et al., 2008).

Nguyen e Holodniy (2008) igualmente consideraram a falta do uso de preservativo como fator de risco na maioria das mulheres idosas entrevistadas, apontando que elas relataram que não tinham conhecimento sobre o risco pessoal e/ou não adotavam medidas preventivas. Os autores identificaram que a prática no uso de preservativos entre as mulheres parece decrescer com a idade, já que estas, por não estarem mais em idade fértil, consideram-no desnecessário.

Fakoury (2009) constatou que existem outras barreiras potenciais ao uso de preservativos, incluindo dificuldades de comunicação entre os parceiros, preocupação com a falta de confiança e o sentimento de que o parceiro masculino é quem controla o uso de preservativos. O autor também revelou que o uso de drogas injetáveis é um fator que pode ser atribuído aos casos de AIDS em idosos.

No Hospital Correia Picanço, em Recife/PE, referência para HIV/AIDS, uma pesquisa retrospectiva, realizada com 46 prontuários sobre o perfil epidemiológico de idosos com HIV/AIDS, apontou como principais resultados que 60,3% dos idosos estavam na faixa etária de 60 a 64 anos; 88,4% do total eram homens, e na maioria predominou o comportamento sexual como principal fator de risco para contrair HIV. A pesquisa encontrou 42,3% de heterossexuais, 28,9% de homossexuais e 14,5% de bissexuais. Apenas 3% relataram uso de drogas injetáveis como categoria de exposição ao risco (VASCONCELOS et al., 2001).

Cruz (2004) investigou 97 sujeitos portadores na faixa etária de 60 a 79 anos de idade, 55,7% de homens e 44,3% mulheres, sendo que 62,9% tinham se contaminado em relações heterossexuais, 35,1% com múltiplos parceiros e 27,8% com parceiros infectados. Havia uma prevalência de 22% do sexo masculino em relações bissexuais, 8% não sabiam como tinham se contaminado, 7% por transfusão

de sangue, 5,2% em relações homossexuais e 4% por drogas injetáveis. Estes dados apontam pouco mais de 100% de respostas, porque alguns idosos tinham dúvidas quanto à via de contaminação, e desta forma elegeram mais de uma possibilidade.

Uma pesquisa foi realizada no Hospital de Doenças Tropicais de Goiânia, em 2007, com idosos portadores de HIV/AIDS apontados na terceira idade havia pouco tempo (faixa etária de 60 a 65 anos). Destes sujeitos, 46,87% se contaminaram por vias múltiplas, 37,5% desconheciam a fonte de contaminação, 6,25% através da relação heterossexual com múltiplos parceiros e 3,12% com parceiro contaminado para ambos os sexos (CASTRO et al., 2007).

Diante destes fatos, consideramos que por causa da estigmatização da terceira idade, tanto os familiares como os profissionais de saúde negam-se a pensar que, nesta fase, a pessoa está ativa sexualmente. Essa falha traz graves consequências, sobretudo quanto à prevenção. Assim sendo, a AIDS é geralmente vista como uma doença de jovens e adultos. Os preconceitos em relação aos idosos limitam e dificultam a abordagem sobre esta epidemia (ARAÚJO et al., 2007).

Ao avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS entre pessoas com mais de 60 anos de idade, Lazzarotto et al. (2008) mostraram que 41,4% dos entrevistados acreditavam que a picada de mosquito transmitia o vírus, 80% citaram não usar preservativo durante as relações sexuais e 37% ainda consideravam a AIDS uma síndrome restrita a grupos específicos, como homens que fazem sexo com outros homens, usuários de drogas e profissionais do sexo.

No ano de 2008, 8.000 brasileiros de 15 a 64 anos de idade participaram da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP), relacionada às DST/AIDS (BRASIL, 2008).

Deste total de pessoas, 1.249 (15,61%) estavam na faixa etária de 50 a 64 anos, sendo que 11,4% delas não sabiam que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus HIV, 3,3% como poderiam ser contaminadas, 15,8% não concordavam que ter um parceiro fiel e não infectado reduz o risco de transmissão do HIV, 4,5% acreditavam que o uso de preservativo não era a melhor forma de evitar a contaminação pelo HIV, enquanto 3,8% dos entrevistados relataram que uma pessoa poderia ser infectada pelo HIV ao ser picada por

mosquito, 27,7% se compartilhar talheres, 21,4% no banheiro público e 92,6% disseram que não existe cura para a AIDS (BRASIL, 2008).

Desta forma, a falta de informação entre pessoas mais velhas pode contribuir como fator de risco importante para contrair HIV.

No Brasil, segundo relatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a forma de transmissão predominante em idosos com idade igual ou superior a 60 anos é por via heterossexual, tanto no sexo feminino (90,4% dos casos), como no masculino (29,7%). Entre os homens, a segunda principal forma de transmissão é homossexual (20,7%), seguida do uso de drogas injetáveis (19%). Nas mulheres, a segunda maior forma de transmissão se dá entre as usuárias de drogas injetáveis, com 8,5% dos casos.

Como a epidemia de HIV/AIDS configura um desafio para as pessoas desta faixa etária e apresenta alto grau de morbimortalidade, perspectivas de contínuo crescimento e propagação estão em todos os continentes. Se não forem tomadas medidas sérias de prevenção e contenção da doença, as possibilidades de controle da epidemia em indivíduos mais velhos podem ser remotas (ARAÚJO et al., 2007).

1.2.5 Terapia Antirretroviral e Idosos

De acordo com a Lei 9.313 do Ministério da Saúde e conforme recomendações terapêuticas, desde 1996 o Brasil disponibiliza gratuitamente o acesso à terapia antirretroviral altamente ativa as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA).

Os objetivos principais desta medida consistem em reduzir morbidade e mortalidade associadas ao HIV, melhorar a qualidade de vida dos portadores, preservar e quando possível restaurar o sistema imunológico e suprimir de forma sustentada a replicação viral (BRASIL, 2008a), que resultou em aumento da sobrevida, redução das internações por doenças oportunistas (MARINS et al., 2003) e queda de 50% da mortalidade por AIDS no País, aumentando de cinco meses para 12 anos a sobrevida desses portadores (DOURADO et al., 2006).

No Brasil, conforme as recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV, definir o melhor momento para iniciar o tratamento é uma das

mais importantes decisões. Apesar de os benefícios do diagnóstico precoce estarem claramente demonstrados, muitos pacientes têm acesso tardio ao diagnóstico, o que pode determinar pior prognóstico.

Neste contexto, com o advento da terapia antirretroviral (TARV), a AIDS assumiu uma tendência característica de doença crônica, principalmente nos países onde o acesso aos medicamentos é garantido (BAER, ROBERTS, 2002; BRASIL, 2008a; WU, 2000). Porém, diante desta tendência surgem outros desafios, determinados pela necessidade de novas práticas relacionadas ao tratamento no cotidiano dos portadores de HIV/AIDS (BRASIL, 2008a).

Assim, as recomendações descritas no manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS, disponibilizado pelo Programa Nacional de DST e AIDS no País, a indicação da TARV para os idosos está baseada em critérios clínicos e laboratoriais, marcados pela contagem de linfócitos T CD4+ e da carga viral, e pela manifestação de doenças oportunistas que devem ser consideradas e avaliadas para determinar a necessidade de iniciar o tratamento.

Nesta perspectiva, o manual orienta também que alguns aspectos devem nortear a escolha da terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/AIDS com 60 ou mais anos de idade, e propõe as seguintes considerações:

- ✧ É preciso considerar os fatores sociais, profissionais e familiares em que o idoso está inserido, tais como onde e com quem o paciente idoso reside e qual é a configuração das relações sociais e familiares (cuidador), tendo em vista garantir o sigilo acerca da soropositividade do idoso.
- ✧ Deve-se identificar a presença de comorbidades preexistentes, como a diabetes, dislipidemias, doenças ósseas desmineralizantes, doenças hepáticas e renais, entre outras, uma vez que alguns grupos de drogas resultam em alterações glicídicas, lipídicas e da massa óssea, evitando dessa forma os agravos decorrentes de seu uso, como eventos cardiovasculares, infartos, derrames e até mesmo fraturas espontâneas.
- ✧ É necessário também verificar a presença de demência senil, potencialmente sobreposta à demência do HIV, porque nesta condição o idoso fica mais suscetível a efeitos adversos neuropsiquiátricos, em particular alterações do

sono e tonturas, que podem levar a maior risco de queda diante da necessidade destes idosos se levantarem à noite para ir ao banheiro.

- ✓ Avaliar as funções sensoriais, em especial a visual e a da memória para fatos recentes, com o objetivo de prescrever receituários sobre a TARV com letras de tamanho visível, de preferência de forma, e sempre que necessário encaminhar o paciente para avaliação oftalmológica e identificar se as informações foram bem apreendidas e memorizadas e valorizar estratégias que minimizem possíveis esquecimentos no uso da medicação, como o uso de despertadores, lembretes com bips no celular, tabelas com horários e doses em locais estratégicos do ambiente doméstico, etc.
- ✓ E conhecer o uso concomitante de outras medicações e avaliar possíveis interações medicamentosas, para se assegurar boa adesão. Dessa maneira, é essencial que haja articulação entre os profissionais que eventualmente já acompanham a pessoa idosa HIV+ em função de outras enfermidades diagnosticadas.

Em suma, é relevante que o usuário tenha conhecimento e compreenda a enfermidade que o acomete e os objetivos da terapia proposta, o que favorece a sua motivação e disposição em segui-la (BRASIL, 2008b).

Assim, um número crescente de pessoas idosas portadoras de HIV está sendo tratado e cuidado graças à disponibilidade de uma terapia antirretroviral altamente ativa (FISHER, COOPER, 2012).

No conjunto destas informações, a evolução da terapia antirretroviral na última década teve um impacto importante na mortalidade e morbidade da infecção pelo HIV, mas por outro lado, os eventos adversos tardios tiveram influência negativa na qualidade de vida, fazendo com que a condição de viver com HIV assumisse características semelhantes às outras doenças crônicas degenerativas (BRASIL, 2008a).

Com esse perfil, os portadores em tratamento prolongado dos medicamentos anti-HIV convivem com os efeitos da toxicidade, tais como a síndrome lipodistrófica (anormalidade na distribuição de gordura corporal), a síndrome metabólica (dislipidemia, resistência insulínica, diabetes mellitus, hipertensão arterial e riscos cardiovasculares,

como eventos associados a esta síndrome), co-infecções (como a hepatite B ou C) e/ou com variantes virais resistentes ao tratamento (BRASIL, 2008a; SEIDL et al., 2007; KRAMER et al., 2009; BARBOSA, 2006; KELLY, KALICHMAN, 2002).

Estes efeitos da TARV são relatados como a causa de morte dos portadores e constituem fatores de risco para doença cardiovascular. Barbosa (2006) e Kramer et al. (2009) verificaram na literatura que há uma associação entre a infecção pelo HIV e a doença cardiovascular, assim como os seus fatores de risco, mas poucos estudos relatam sobre a cardiotoxicidade dessa terapia em idosos.

Para Lewden et al. (2007), a mortalidade causada por neoplasias malignas e infecções ligadas à AIDS reduziu-se de forma expressiva nos pacientes tratados, mas globalmente, a mortalidade continua sendo maior do que na população em geral, com menor expectativa de vida (MAY et al., 2011).

Na opinião de Mocroft et al. (2010), a mortalidade em razão de eventos não relacionados com a AIDS (incluindo os cânceres, pancreatites, doenças hepáticas, eventos cardiovasculares graves e doença renal crônica terminal) é agora mais comum do que a mortalidade provocada por eventos ligados à AIDS.

Essas doenças estão associadas ao envelhecimento da população em geral. Devido ao fato de que relativamente poucas pessoas que convivem com o HIV podem ser consideradas velhas, e apresentam estas doenças, surgiram especulações de que o envelhecimento normal é acelerado (DEEKS, PHILLIPS, 2009 IN FISHER, COOPER, 2012).

O HIV não tratado tem sido associado a mudanças no sistema imunológico semelhantes às observadas em indivíduos idosos (APPAY et al., 2011; PAYNE et al., 2011), mas ainda não está claro o porquê de a terapia antirretroviral reverter essas alterações. Talvez drogas individuais também contribuam para o envelhecimento precoce, todavia existem muitos fatores intervenientes potenciais, inclusive comportamentais (por exemplo, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas recreativas) e co-infecções (por exemplo, citomegalovírus e vírus da hepatite C) que devem ser considerados (FISHER, COOPER, 2012).

Martin e Volberding (2010), a fim de apoiar uma discussão teórica de envelhecimento precoce, recomendam considerar: se o quadro clínico do HIV tem associação com o envelhecimento da população em geral; se devem haver

evidências de uma incidência maior de quadros clínicos relacionados à idade, entre pessoas HIV-positivas do que HIV-negativas, e verificar se o percentual do quadro clínico deve ser maior entre pacientes jovens infectados pelo HIV do que entre os pacientes não infectados de idade semelhante.

Fisher e Cooper (2012) não acreditam que os dados atuais sobre a maioria das comorbidades sejam suficientes para atender a todos esses critérios. Pesquisadores de clínica metabólica relataram recentemente uma maior prevalência de morbidades relacionadas à idade (doença cardiovascular, hipertensão, insuficiência renal, fratura óssea e diabetes mellitus), em indivíduos HIV-positivos. Também reportaram que essas morbidades ocorreram em idade mais precoce e que a polipatologia era mais frequente do que em grupo controle HIV- negativo (GUARALDI et al., 2011).

No entanto, embora o grupo de controle tenha sido pareado por idade, sexo e origem étnica, os dados foram retirados de bancos de dados disponíveis na internet e, por conseguinte, a verificação da doença teria sido diferente daquela utilizada com o grupo HIV-positivo, que foi intensamente estudado. Esta questão, referente a dificuldades em estabelecer grupos de controle adequados, pode ser encontrada em grande parte da literatura que argumenta que o HIV provoca envelhecimento precoce (FISHER, COOPER, 2012).

Por que se especula que o HIV e a terapia antirretroviral altamente ativa aceleram o processo de envelhecimento? Fisher e Cooper (2012) fizeram considerações sobre estas recentes teorias, e ressaltam que os mecanismos subjacentes ao processo deste envelhecimento ainda não são totalmente compreendidos.

A proposta destes autores é pela ampliação do conhecimento nessa área, que dependerá de estudos prospectivos de longo prazo e controles adequados, que permitam examinar a incidência e os fatores de risco de quadros clínicos associados à idade, juntamente com avanços na pesquisa sobre a biologia do HIV e o envelhecimento normal.

Outra questão relevante ligada à terapia antirretroviral em idosos e que assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade é a adesão ao tratamento. Barbosa (2006) e Kramer et al. (2009) observaram que as respostas dos idosos à terapia antirretroviral é diferente dos

mais jovens e, nos pacientes com 65 anos ou mais, o tratamento é mais lento e menos eficaz, com recuperação da contagem de CD4 sempre menor e com taxas mais baixas de supressão viral.

A prescrição da terapia antirretroviral para os idosos suscita algumas dificuldades pela presença de outras doenças crônicas, comuns no processo de envelhecimento, e portanto, pode influenciar na eleição de um esquema de medicamentos se considerarmos que o idoso costuma utilizar outros medicamentos (BRASIL, 2008a).

Dourado (2006) publicou uma revisão da literatura sobre a adesão à terapia antirretroviral altamente ativa, e mostrou que nas produções analisadas, de modo geral, a adesão aumenta com a idade, exceto acima dos 75 anos.

Barbosa (2006), ao relacionar o manejo na terapia e qualidade de vida dos portadores na faixa etária acima de 60 anos, concluiu que os idosos apresentaram boa adesão aos antirretrovirais, mas o risco de não adesão foi maior entre os idosos do sexo masculino, com 70 anos ou mais, com menor escolaridade, não aposentados, usando esquemas antirretrovirais com seis ou mais comprimidos diários.

A adesão ou aderência à terapia antirretroviral de alta potência tem recebido importantes reflexões na literatura, mas entre os idosos ainda não está elucidada e consensos específicos precisam ser disponibilizados (FAKOURY, 2009). É necessário compreender, por exemplo, como os mecanismos das comorbidades e do tratamento com antirretroviral se combinam para produzir diferentes sintomas, e também como a interação de drogas psicotrópicas e outros agentes farmacológicos, consumidos pelos idosos, podem aumentar os fatores de risco para mortalidade e outras doenças.

O manejo da prescrição, a adesão e o perfil do desfecho do tratamento com anti-HIV em idosos se convertem em mais desafios para os profissionais.

A conduta de adesão pode ser considerada similar à aquisição de um hábito: informações são apreendidas e habilidades são adquiridas para incorporar o tratamento à rotina diária (TULDRÀ & WU, 2002). Os profissionais e a equipe de saúde podem se valer da compreensão dos fatores que dificultam e que facilitam a adesão, mediante a descrição feita pelo próprio paciente de suas experiências, atitudes e crenças sobre a enfermidade e o tratamento, e ajudá-lo a compreender a importância da TARV para melhorar a adesão (RUSSEL et al., 2003).

1.3 Capacidade Funcional e Idosos Portadores de HIV/AIDS

1.3.1 Característica Conceitual

O documento denominado *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – ICIDH), ou Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens – CIDID, foi criado pela Organização Mundial de Saúde em 1980, a primeira a estruturar uma linguagem universal sobre lesões e deficiências (MÂNGIA et al., 2008). O documento propõe as seguintes definições para deficiência, incapacidade e desvantagem (AMIRALIAN et al., 2000):

- Y Deficiência: é a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Inclui a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico ou uma perturbação no órgão.
- Y Incapacidade: é a restrição, resultante de uma deficiência, na habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é como resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária.
- Y Desvantagem: prejuízo para o indivíduo, decorrente de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracterizada por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social, representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência.

Portanto, antes da publicação do documento da OMS, a deficiência representava em relação à incapacidade uma condição de possibilidade e desvantagem a um reflexo social de incapacidade.

A CIDID estabeleceu, com objetividade, abrangência e hierarquia de intensidades, uma escala de deficiências com níveis de dependência, limitação e seus respectivos códigos e propôs a utilização conjunta com a Classificação Internacional de Doenças (CID) pelos serviços de medicina, reabilitação e segurança social (AMIRALIAN et al., 2000).

Conforme a mesma autora, esta proposta representava uma subordinação hierárquica dos conceitos referindo-se à origem do problema, e desconsiderava a influência ambiental no entendimento das características das incapacidades e desvantagens. Esta subordinação foi considerada incorreta, visto que uma incapacidade no funcionamento não é necessariamente incapacidade ou impedimento para a vida ativa.

Em 2001, a OMS lançou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, que substitui a CIDID, propondo que incapacidade seja considerada [...] “como um fenômeno relacional, por meio do qual as limitações funcionais de um déficit ou deficiência e doença podem tornar-se incapacitantes devido a relações sociais mais amplas e atitudes” (MÂNGIA et al., 2008).

Neste contexto, a CIF (OMS, 2004) é uma classificação com múltiplas finalidades, elaborada para servir várias disciplinas e setores diferentes, com aplicações possíveis em três níveis: individual, institucional e social, tendo como objetivo:

- ✓ proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e condições relacionados à saúde;
- ✓ estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde, com o intuito de melhorar a comunicação entre diferentes usuários, tais como profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores e o público em geral, incluindo pessoas com incapacidades;
- ✓ permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas aos cuidados de saúde, entre serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo;

- ✓ proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde.

Na realidade, a CIF pode ser utilizada para todas as pessoas (MÂNGIA et al., 2008). Essa mudança se configura na noção que temos sobre capacidade e incapacidade, resultando em importante influência das políticas e instrumentos elaborados pela OMS sobre as propostas de políticas públicas encontradas no mundo (IMRIE, 2004).

O sociólogo Saad Nagi foi o primeiro a tentar descrever o processo de incapacitação direcionado a um conceito basilar entre doença, deficiência, funcionalidade limitada e incapacidade. A proposta apresentada por Nagi divide o processo de incapacidade em quatro estágios (ALVES, LEITE, MACHADO, 2008).

No primeiro estágio, a doença caracteriza-se pela presença de uma condição que interrompe o processo físico ou mental do corpo humano. Este estágio leva a um segundo: a deficiência, que pode ser definida como alterações da estrutura ou das funções anatômicas, fisiológicas ou psicológicas.

O terceiro estágio refere-se às limitações funcionais, que resultam das deficiências e consistem em uma inabilidade pessoal para desempenhar as tarefas e atividades consideradas como usuais para aquele indivíduo.

E no último estágio, o autor considera, pela ótica social, que a incapacidade se caracteriza pela discordância entre o desempenho real de um indivíduo em um papel específico e as expectativas da comunidade do que é normal para aquele indivíduo, levando em conta a dimensão física, mental e emocional do desempenho das atividades de vida diária.

O desempenho físico foi determinado por limitações tais como andar, subir, ajoelhar-se, alcançar, ouvir, entre outros. O emocional, representado por uma variedade de sintomas psicológicos. O desempenho mental denota capacidades intelectuais e racionais mensuradas por meio de testes de resolução de problema, como o Quociente de Inteligência (QI).

Embora o conceito de capacidade funcional seja bastante complexo, abrangendo outras definições além das acima reportadas, na prática trabalhamos com o conceito de capacidade/incapacidade (RAMOS, 2003).

1.3.2 Capacidade Funcional, Autonomia e Independência

A capacidade funcional diz respeito ao grau de preservação da capacidade de realizar atividades básicas de vida diária (AVD) e ao grau de capacidade para desempenhar atividades instrumentais de vida diária (AIVD), (NERI, 2008). São necessários parâmetros multidimensionais para avaliarmos a capacidade funcional, tais como: fatores socioeconômicos, culturais, psicossociais, demográficos, estilo de vida adotado, condições de saúde/doença, entre outros (STEFANIE, 2007).

A incapacidade funcional é definida pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana, ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-los (ROSA et al., 2003). Essa condição pode ser avaliada por meio das atividades de vida diária, que são tarefas realizadas por uma pessoa. As AVDs avaliam o grau de autonomia e independência do indivíduo para andar, comer, tomar banho, entre outras.

Moraes, Marino e Santos (2010) asseveram que a autonomia é a capacidade individual de decidir e comandar ações fundamentadas a partir da preservação da cognição e do humor, e a independência é a execução que depende diretamente da mobilidade e da comunicação, e neste contexto os autores propõem as respectivas definições:

- ∨ A cognição entende-se como a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano. É constituída por um conjunto de funções corticais, formadas pela memória (capacidade de armazenamento de informações); função executiva (capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas complexas); linguagem (capacidade de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita); praxia (capacidade de executar um ato motor); gnosia (capacidade

de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis); função visuoespacial (capacidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si);

- ✓ O humor é a motivação necessária para os processos mentais;
- ✓ A mobilidade é a capacidade de deslocamento do indivíduo. Depende da postura/marcha, da capacidade aeróbica e da continência esfincteriana;
- ✓ A comunicação é a capacidade de estabelecer relacionamento produtivo com o meio pela habilidade de se comunicar, que depende de visão, audição e fala.

Em suma, os autores compreendem que a saúde do idoso é determinada pela resposta harmoniosa dos domínios cognitivos, do humor, da mobilidade e da comunicação, e devem ser avaliados com rotina na consulta geriátrica e gerontológica. Em gerontologia, a saúde do idoso interage a partir da condição da funcionalidade global, com a capacidade de administrar e proteger sua vida de forma autônoma e independente. Mesmo que este idoso possa apresentar dependência, ele terá condições de desenvolver atividades cognitivas, sociais e de trabalho.

Para Maciel e Guerra (2008), a incapacidade funcional limita a autonomia do idoso na execução das AVDs, compromete a qualidade de vida e aumenta o risco de dependência, institucionalização, cuidados e morte prematura. De maneira inversa, idosos independentes para as atividades de vida diária, autônomos e satisfeitos com as relações familiares e com os amigos, apresentam fator preditivo independente para o envelhecimento saudável em ambos os gêneros.

Segundo Chaimowicz (1997), as questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes do que a própria questão da morbidade, pois estão diretamente relacionados à qualidade de vida.

Em 1995, uma pesquisa feita pela Secretaria do Trabalho, Cidadania e Ação Social do Rio Grande do Sul, em parceria com o Conselho Estadual do Idoso, concluiu que entre os valores mais importantes na vida dos idosos avaliados estavam a saúde (48%) e a família (23%). Dentre os motivos apontados como fatores de risco em relação à saúde, foram citados: a diminuição da capacidade

física, restrições à autonomia, perda da independência, perda de familiares e amigos e carência de recursos econômicos para o sustento (FIEDLER & PERES, 2008).

Portanto, a capacidade funcional diz respeito à sobrevivência que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas, envolvendo fatores sociais, físicos e cognitivos. Essa nova maneira de conduzir a avaliação geriátrica pode contribuir para diminuir o número de idosos nos leitos hospitalares, o uso de medicamentos e os gastos sanitários, constituindo-se em um dos mais importantes instrumentos de planejamento das ações de saúde para esta população (MACIEL, GUERRA, 2008).

A capacidade funcional dos idosos tem sido avaliada por profissionais e compreende, na verdade, um processo para diagnosticar, de forma multidimensional e interdisciplinar, as condições de saúde e doença do indivíduo, muitas vezes determinadas pela presença ou ausência de incapacidades.

Na condição de saúde, mensurá-la é uma atividade complexa, assim como a mensuração da doença. Estar saudável ou doente é uma condição subjetiva que pode não corresponder à perspectiva dos profissionais de saúde. A subjetividade inerente ao processo saúde-doença resulta em grande variação na identificação de diagnósticos clínicos e, neste sentido, a utilização de instrumentos padronizados aumenta a concordância entre os profissionais de saúde (PAULO, 2010).

1.3.3 Envelhecimento, HIV/AIDS e Funcionalidade

A partir desses conceitos, a AIDS na velhice, mais do que uma doença, configura-se hoje como um fenômeno social de amplas proporções, impactando princípios morais, religiosos e éticos, procedimentos de saúde pública e de comportamento privado, além de questões relativas à sexualidade e ao uso de drogas (SALDANHA et al., 2009). A AIDS na velhice tem possibilidades de comprometer a capacidade funcional, por afetar a autonomia e a independência dos pacientes.

O que está em jogo entre os idosos é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos 80 anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão

suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível), certamente será considerada saudável (RAMOS, 2003).

Embora essa pessoa também seja uma portadora de HIV e possa conviver com a AIDS, com o resultado de um tratamento bem-sucedido e o apoio da família, consegue ser feliz e socialmente participativa.

A maioria dos idosos sofre ao menos de uma doença crônica, mas nem todos ficam limitados por essas doenças e muitos levam vida normal, com as suas enfermidades controladas e expressam satisfação na vida. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado saudável, se comparado a um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, sofrendo de sequelas decorrentes e incapacidades associadas (ROSA et al., 2003).

Se, por um lado, idosos desenvolvem artrite, diabetes, doença vascular periférica ou degenerativa, por outro, a saúde não é mais avaliada simplesmente pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (BONARDI et al., 2007).

Para garantir a capacidade funcional e conduzir uma avaliação geriátrica e gerontológica em idosos com HIV/AIDS, é necessário verificar os efeitos causados pela infecção do HIV ou pelo tratamento antirretroviral em relação aos efeitos causados pelo envelhecimento, lembrando que a idade em uma doença pode determinar a presença desses efeitos. Como se sabe, a maioria das doenças dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade.

Fakoury (2009) afirma que a idade tem relação direta com o distúrbio cognitivo e a demência. É importante distinguir as doenças neuropsiquiátricas associadas à idade e não relacionadas ao HIV. Esta distinção pode ser significativa no tempo e na qualidade de vida do portador, pode contribuir no diagnóstico preciso, no tratamento, e particularmente no prognóstico e planejamento de ações em saúde.

A AIDS, como doença crônica em pessoas mais velhas, também tem impactos sobre as questões de pesquisa, incluindo a reavaliação do diagnóstico, a atenção para as comorbidades que comumente ocorrem ao longo da vida, mudanças em termos de resultados a partir de parâmetros cognitivos ou de mortalidade, a possibilidade de diferentes formas de demência com patogêneses

potencialmente diferentes e referidas como crônicas e transformadoras, que interferem a longo prazo na qualidade de vida (STOFF, 2004).

A AIDS apresentou múltiplas manifestações. Com os primeiros casos, foi evidente a manifestação de doenças sucessivas e simultâneas, resultado do déficit da imunidade celular que frequentemente predispõe o organismo a transtornos plurimetabólicos, incluindo os efeitos colaterais provocados pela terapia antirretroviral (STOFF, 2004; KRAMER et. al., 2009).

Outra evidência mostra que, ao lado do sistema linfóide, o sistema nervoso central é um importante alvo para o HIV, que tem sido frequentemente detectado no tecido cerebral desde o início da infecção e em toda a sua evolução, podendo permanecer por muitos anos, independentemente de apresentar sintomas neurológicos nos portadores (FAKOURY, 2009; BECKER et al., 2004).

Este quadro viabilizou a origem de alterações neuropsiquiátricas pela invasão do HIV, que produz lesões da memória, da cognição motora e funcional. Essa evidência pode levar a déficits sutis no funcionamento cognitivo, entretanto estes déficits não são detectados em todos os portadores. Neste sentido, pesquisas ainda são necessárias para determinar quais indivíduos ou subgrupos de pacientes são mais vulneráveis a complicações neurológicas (STOFF, 2004).

O conjunto desses fatores pode comprometer a condição humana de autonomia e independência, e a relevância destas transformações configura-se no momento em que passam a ser observadas como estão evoluindo. Portanto, o idoso representa um portador com significativa fragilidade, caracterizada pela ocorrência dos eventos mórbidos do envelhecimento, e deve ser considerada no perfil epidemiológico da doença como um fator de risco importante para o declínio funcional (STOFF, 2004; WOODS et al., 2008).

Um estudo realizado pela Universidade da Califórnia em San Diego, em 2008, procurou analisar o comprometimento da memória prospectiva relacionado ao gerenciamento bem-sucedido de atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), em uma corte de 66 indivíduos infectados pelo HIV, na faixa etária de 18 a 60 anos ou mais de idade. Os resultados mostraram que 39,39% dos portadores de HIV apresentavam dependência nas AIVDs e 60,61% não relataram dificuldades nas AIVDs (WOODS et al., 2008).

Conforme descreveu Woods, a memória prospectiva ou de intenção compreende a capacidade de lembrar, agir, administrar as contas, tomar remédios, telefonar para alguém em determinado horário e executar as atividades de vida diária. Esta memória depende da independência da pessoa e de sua orientação temporal.

As alterações de memória mais simples e aparentes em pacientes com HIV/AIDS são marcadas por alterações que vão de leve a moderada, como a bradifrenia (lentidão para expressar ideias), normalmente associada à bradicinesia (lentidão dos movimentos), nas quais cerca da metade de indivíduos com deficiência neurocognitiva associada ao HIV experimenta problemas para gerenciar suas atividades instrumentais da vida diária que comprometem a sua capacidade funcional (HEATON et al., 2004).

Inquéritos sobre a capacidade funcional em idosos não portadores de HIV/AIDS vêm sendo realizados com certa frequência. Um dos primeiros estudos populacionais, com avaliação multidimensional de idosos residentes em cidades brasileiras, foi desenvolvido na cidade de São Paulo a partir de 1984 (RAMOS, GOIHMAN, 1989).

Os dados desse estudo mostraram que o idoso residente num grande centro urbano latino-americano apresentava um perfil muito semelhante ao que se esperaria de uma população de idosos residente em um país desenvolvido, porém com algumas idiossincrasias marcantes.

Quase a metade da população avaliada referiu precisar de ajuda para realizar ao menos uma das atividades da vida diária, instrumentais ou pessoais (limpar a casa, ir ao banheiro, comer, trocar de roupa, entre outras), e cerca de um quarto teve um *screening* positivo para distúrbio emocional tipo distímia.

Em Belo Horizonte, um inquérito revelou que 5% dos idosos necessitavam de ajuda para realizar ao menos uma entre cinco AVDs (vestir-se, tomar banho, transferir-se da cama para a cadeira, ir ao banheiro e alimentar-se), e 11% nas AIVDs, como sair de ônibus, fazer compras, preparar comida, administrar dinheiro ou medicar-se. Estima-se que 900 mil idosos brasileiros não conseguem ou têm muita dificuldade em alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro por conta própria (MORAES, MARINO, SANTOS, 2010).

Estudos realizados nos EUA e publicados em 1992 mostraram que em 1985, 20% dos idosos eram portadores de incapacidades e que a previsão para 2060 é de chegar a 30% (KUNKEL, APPLEBAUM, 1992). Mesmo com as melhorias do estilo de vida e queda nos fatores de risco para deficiências, dentre os idosos com mais de 65 anos de idade, 20% apresentam dificuldade para andar 800 metros; 30%, para executar tarefas domésticas pesadas; e 50% para movimentar mobília pesada (FREEDMAN, MARTIN, SHOENI, 2002).

Os sinais mais evidentes encontrados foram incapacidade de ler, ouvir e responder a perguntas breves; incontinência urinária; peso abaixo do limite; incapacidade de lembrar de três objetos após um minuto, e frequentemente os idosos entrevistados eram tristes e deprimidos, não conseguiam sair de casa, subir escadas e não tinham força de preensão.

Em suma, os estudos mostram que para cada cinco adultos com dificuldades em cinco ou seis AVDs, podemos esperar que um paciente melhore em todas as AVDs em dois anos, e os pacientes com dificuldades nas AVDs apresentam uma probabilidade 12 vezes maior de desenvolver demência (GERSHMAN, 2008).

A manutenção da capacidade funcional é, em essência, uma atividade multiprofissional para a qual concorrem médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais. A presença desses profissionais na rede de saúde deve ser vista como uma prioridade. Contudo, para que a atenção ao idoso possa se realizar em bases interprofissionais, é fundamental que se estimule a formação de profissionais treinados, mediante a abertura de disciplinas nas universidades, de residências médicas e de linhas de financiamento a pesquisas que identifiquem a área de geriatria e gerontologia (RAMOS, 2003).

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo

A presente tese constitui um estudo descritivo transversal baseado no inquérito epidemiológico observacional dos idosos portadores de HIV/AIDS do Centro de Referência e Tratamento de DST/AIDS (CRT) de Santos, SP.

O estudo descritivo tem como objetivo descrever as características quantitativas relativas à pessoa, ao tempo e lugar, sem a preocupação de traçar comparação (SIQUEIRA, TIBÚRCIO, 2011, pp.16-17). Não necessita da elaboração de hipóteses (PINA, 2005) e se caracteriza por relatar a distribuição das doenças segundo as variáveis de um grupo de interesse (AMATUZZI et al., 2006). É reconhecido cientificamente por contribuir no avanço do conhecimento, e vale ressaltar que, diferentemente de outros estudos, nele não é necessário o cálculo do tamanho da amostra, pelo simples fato de a seleção dos indivíduos não ser baseada em amostragem probabilística, o que é justificado pela própria definição do estudo (SIQUEIRA, TIBÚRCIO, 2011, p.17).

O estudo transversal ou de corte transversal, seccional, ou ainda de prevalência, tem a finalidade de demonstrar que o fator de risco ou exposição e o desfecho são observados ao mesmo tempo, permitindo uma fotografia da situação. Este tipo de estudo raramente necessita de conclusões a respeito das relações causais (AMATUZZI et al., 2006). É geralmente realizado em grupos populacionais e descreve fatos e fenômenos de uma determinada realidade em termos quantitativos (SIQUEIRA e TIBÚRCIO, 2011, pp. 26-27).

Nesse contexto, as variáveis de interesse selecionadas para este estudo foram organizadas em quatro grupos conforme descrição a seguir:

Grupo 1. Caracterização do Perfil Sociodemográfico

Grupo 2. Caracterização dos Aspectos Relacionados à Saúde

Grupo 3. Caracterização do Perfil Epidemiológico Relacionado ao HIV/AIDS

Grupo 4. Avaliação da Capacidade Funcional

2.2 População-Alvo

Desenvolvemos esta pesquisa no Centro de Referência e Tratamento de DST/AIDS (CRT), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP, uma unidade básica que desde 1989 oferece aos portadores de HIV/AIDS um atendimento especializado no ambulatório de consulta e no hospital-dia.

No ambulatório de consulta, os idosos são acompanhados por uma equipe de médicos infectologistas, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, dentistas, ginecologistas, laboratoristas e profissionais que atuam nas ações administrativas de apoio ao serviço.

No hospital-dia, recebem assistência médica e de enfermagem, assim como medicação endovenosa, intramuscular, oral, curativos e o suporte para internação hospitalar.

O CRT mantém uma farmácia que disponibiliza gratuitamente aos pacientes medicamentos de diferentes grupos farmacológicos, incluindo a terapia antirretroviral (TARV).

A Casa de Apoio ao Paciente com AIDS faz parte das atividades do CRT, e abriga portadores em condições de vulnerabilidade social e individual, que integram a rede SUS dos serviços laboratoriais e hospitalares (municipal e conveniada).

Conta, também, com o apoio do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), onde os munícipes podem realizar exames para o HIV, para as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), hepatites, além de solicitar preservativos e receber orientações biopsicossociais.

Esta unidade de referência e tratamento atua em parceria com a Seção de Prevenção às Doenças Infectocontagiosas (SPREDIN), responsável pela organização de campanhas educativas e pela coordenação dos agentes de prevenção em saúde, que trabalham com populações vulneráveis na cidade de Santos.

2.3 População Estudada - Amostra

No período entre 1989 e 2009, o número de portadores de HIV/AIDS registrados no CRT foi de 6.161 casos na faixa etária \geq a 17 anos. Entre eles, a população de portadores com 60 ou mais anos de idade em 2009 representou 450 casos, sendo que 126 óbitos haviam ocorrido e 324 estavam vivos com 206 sujeitos do sexo masculino e 118 do feminino.

Como critérios de inclusão e para compor a população deste estudo, os sujeitos deviam ter 60 anos de idade ou mais, ser portadores de HIV/ADS, com registro no CRT de Santos/SP, e assinar o termo de consentimento livre esclarecido.

Optamos ainda por estabelecer o critério de exclusão aos pacientes que se encontrassem em processo de definição de diagnóstico (pré-teste), aqueles com declaração pessoal ou por informante de serem portadores de alterações visuais e auditivas graves, sem correção, de doenças neurológicas, psiquiátricas e distúrbios cognitivos com impedimento para executar as escalas propostas e qualquer limitação funcional das mãos, porém não foram encontrados sujeitos que tenham apresentado os critérios de exclusão.

Com autorização do diretor e da coordenação de enfermagem do Centro de Referência e Tratamento, uma carta de convocação padronizada na unidade de saúde foi enviada por correio aos possíveis candidatos.

Esta carta solicitava aos portadores um contato por telefone com a autora do estudo, que fazia o convite para participar da entrevista (Apêndice A).

Enviamos 324 cartas de convocações e 182 convocados não participaram, ou seja:

- 60 idosos recusaram-se a participar do estudo, 38 recusaram por telefone e 22 pessoalmente, e mesmo agendando a entrevista, a maioria justificou o receio pela divulgação dos dados, e uma parcela menor pelo fato de não acreditar neste tipo de estudo porque não traz nenhum benefício aos pacientes, sendo que mais da metade era do sexo masculino;
- 68 cartas retornaram com endereço não encontrado e 54 não retornaram, totalizando 122 portadores, mas reenviamos as cartas e tentamos contato

por telefone, quando havia autorização por escrito nos prontuários dos pacientes para telefonar. Ressaltamos que estes idosos haviam abandonado o serviço desde 2006, e também haviam sido convocados outras vezes pelos responsáveis do CRT.

Desta forma, a população do estudo compreende 142 pessoas representadas por 80 homens e 62 mulheres entre 60 e 80 anos de idade.

2.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de fonte documental (prontuários dos pacientes) e pelas entrevistas, com uma equipe de dez alunos dos períodos 6^o e 7^o do curso de graduação de Enfermagem e Obstetrícia de uma universidade localizada na cidade de Santos-SP, e pela autora desta pesquisa no período de novembro de 2008 a dezembro de 2009.

Para realizar a coleta documental a equipe recebeu orientações desta autora com a colaboração dos funcionários responsáveis sobre a organização e funcionamento do arquivo de prontuários do CRT.

A fim de efetivar as entrevistas foram organizados cinco encontros com a equipe para orientação sobre os instrumentos, com destaque na aplicação do minixame do estado mental, do *screening* de saúde mental e da avaliação das atividades de vida diária.

2.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Foram elaborados dois instrumentos: o instrumento I, com questões fechadas (estruturado) para coleta de dados dos prontuários (Apêndice B), e o instrumento II, com questões abertas e fechadas (semiestruturado) para as entrevistas (Apêndice C), ambos previamente testados.

O instrumento I está constituído pelos dados de identificação da população, pela caracterização do perfil epidemiológico comportamental relacionado ao HIV/AIDS, pelo perfil clínico das infecções oportunistas e clínico-laboratorial.

As seções do instrumento II referentes ao perfil socioeconômico, às atividades de vida diária pessoais e instrumentais, à avaliação da saúde mental, à história pessoal dos entrevistados e ao uso de medicamentos – foram selecionadas a partir dos domínios do *Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ), versão brasileira do questionário OARS, (*Older Americans Resources and Services*), e também foi incluído o miniexame do estado mental – MEEM, para avaliar o perfil cognitivo dos idosos.

O questionário OARS foi traduzido para o português e validado para estudos com idosos na comunidade por Blay, Ramos e Mari (1988), e faz parte de uma avaliação multidimensional do idoso, aplicada no Projeto Epidoso, do Centro de Estudos de Envelhecimento (CEE) da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-SP), que desde 1991 desenvolve um estudo longitudinal em uma coorte de idosos não portadores de HIV/AIDS, residentes em uma comunidade no município de São Paulo.

Para a verificação do estado nutricional pelo índice de massa corpórea (IMC), o peso foi aferido em uma balança da marca Filizola, com capacidade para 150 kg, e para aferir a altura, na mesma balança havia um antropômetro. O IMC foi calculado através do peso dividido pela altura ao quadrado, e seguindo o ponto de corte consideramos as seguintes classificações: IMC com menos de $18,4\text{kg/m}^2$ para o baixo peso, de 18,5 e menos que 24,9 normal ou eutrófico, de 25 e menos de 29,9 de sobrepeso, de 30 e menos de 39,9 obesidade, e acima de 40kg/m^2 obesidade mórbida, segundo a classificação da OMS (1997).

A seguir, consideramos relevante descrever detalhadamente as seções do instrumento II referentes à avaliação do perfil cognitivo, da saúde mental e das atividades de vida diária, para fundamentar a metodologia utilizada na avaliação da capacidade funcional.

2.4.2 Avaliação do Perfil Cognitivo

Utilizamos como instrumento para o rastreamento de déficit cognitivo o Miniexame do Estado Mental (MEEM) ou *Mini Mental State Examination* (MMSE), elaborado por Folstein et al. (1975) e traduzido para língua portuguesa por Bertolucci et al. (1994), (CANINEU, 2001; BRUCKI et al., 2003; LOURENÇO e VERAS, 2006).

É considerado o mais breve teste usado em geriatria e gerontologia, aplicado no ambiente clínico, no acompanhamento evolutivo de pacientes demenciados e no acompanhamento e monitoramento do tratamento (MORAES, LANNA, 2008, p.89). Não determina diagnóstico de demência, mas sugere alterações cognitivas e pode ser reaplicado (CANINEU, 2001).

A aplicação do MEEM é simples e breve, e possibilita identificar distúrbios cognitivos com indícios de organicidade cerebral (FICHTER et al., 1995). O teste é considerado útil para a gravidade e intensidade eventual do declínio cognitivo e oferece subsídios para identificar casos e não casos em estudos epidemiológicos, comunidades e instituições (CANINEU, 2001; BRUCKI et al., 2003; LOURENÇO e VERAS, 2006).

Este teste é composto por 30 perguntas, valendo um ponto cada, organizadas por seções avaliativas das funções cognitivas, assim denominadas: orientação no tempo; orientação no espaço, registro, atenção e cálculo; memória de evocação e linguagem (BERTOLUCCI et al., 1994; CARAMELLI, NITRINI, 2000; LOURENÇO, VERAS, 2006).

O MEEM tem consistência interna adequada e confiabilidade para condições de teste-reteste, o que proporciona o acompanhamento evolutivo dos casos, demonstrado em estudos que o ponto de corte 23\24 permite alta capacidade para determinar o diagnóstico de alterações cognitivas (NELSON et al., 1986; LOURENÇO, VERAS, 2006; FAKOURY, 2009).

Neste contexto, foi adotado o ponto de corte 23 no MEEM para avaliar os idosos portadores de HIV/AIDS deste estudo.

2.4.3 Avaliação da Saúde Mental (humor)

Na avaliação da saúde mental, foi utilizado o questionário de rastreamento psicogeriátrico (QRP), que é a versão brasileira do *Short Psychiatric Evaluation Schedule* (SPES), proposto por Blay, Ramos e Mari (1988), e faz parte do BOMFAQ. O QRP foi inicialmente desenvolvido por Pfeiffer (1975) e é composto por 15 questões simples, objetivas, curtas, rápidas e respondidas no modelo sim ou não, requerendo apenas sete minutos para aplicação. O escore total é obtido quando somamos o número de respostas positivas, situado entre 0 -15 (MAIA, DURANTE, RAMOS, 2004; RODRIGUES, 2008).

Blay, Ramos e Mari (1988) demonstraram que o QRP apresenta sensibilidade de 61%, especificidade de 89%, valor preditivo positivo (VPP) de 66% e valor preditivo negativo (VPN) de 87%.

Visto assim, para o nosso estudo foram considerados positivos os escores iguais ou maiores que seis pontos, porque apresentam um bom desempenho como indicadores de sintomas psiquiátricos, sem contudo lhes conferir precisão diagnóstica. O QRP é um valioso instrumento para o primeiro rastreamento de pessoas com possíveis distúrbios mentais (BLAY, RAMOS, MARI, 1988; MAIA, DURANTE, RAMOS, 2004).

2.4.4 Avaliação das Atividades de Vida Diária

A capacidade funcional pode ser avaliada por meio de escalas de dificuldade e dependência. Em geral, estas escalas assumem três formas-padrão de avaliações: pelo grau de dificuldade para realizar certas atividades, o grau de assistência ou de independência para realizar a atividade, e quando a atividade não é realizada (GUCCIONE, 2002; JETTE, 1994; REYNOLDS, 2003; ALVES, LEITE, MACHADO, 2008).

Para identificar e descrever o domínio da capacidade funcional dos idosos portadores de HIV/AIDS foi-lhes aplicada a seção do BOMFAQ, que avalia a dificuldade para a realização de 15 atividades de vida diária (AVD), sendo oito atividades básicas para a manutenção corporal ou atividades pessoais (AVDP):

deitar/levantar da cama, comer, cuidar da aparência, andar no plano, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro em tempo e cortar as unhas dos pés: e sete atividades básicas para o convívio independente na comunidade ou instrumentais (AVDI): subir escada (um lance), medicar-se na hora, andar perto de casa, fazer compras, preparar refeições, sair de condução e fazer limpeza de casa.

Com esses domínios, foram quantificadas as AVDs segundo o padrão de dificuldades. A etapa seguinte foi considerar a soma total de atividades pela presença ou não de dificuldade na atividade referida para cada uma das 15 atividades avaliadas.

Assim os idosos portadores de HIV/AIDS foram distribuídos de acordo com o número de atividades comprometidas em sujeitos sem nenhuma dificuldade para executar as atividades de vida diária, aqueles com pouca dificuldade de uma a três atividades, com muita de quatro a seis, e os que não realizavam sete ou mais atividades.

Foram classificados como independentes aqueles que executavam as 15 AVDs sem nenhuma dificuldade; dependência parcial para executar de uma a seis atividades, e dependentes para realizar sete ou mais atividades.

2.5 Considerações Éticas

2.5.1 Termo de consentimento livre e esclarecido

Aos entrevistados ou responsáveis pelos pacientes, os critérios e procedimentos da pesquisa quanto aos objetivos, à liberdade de participação e à garantia de sigilo sobre as informações colhidas foram informados por escrito. Após orientação, o entrevistado/responsável autorizou sua participação, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/0605/2008) da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/SP, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), (ANEXO A), e pela Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (ANEXO B).

2.6 Análise dos Resultados

Para análise absoluta e relativa dos dados coletados no geral, foi utilizado o programa *Microsoft Office Excel* com o suplemento da ferramenta de análise, disponível neste mesmo programa. Este é um importante instrumento, que dispõe de várias ferramentas estatísticas auxiliares na obtenção dos resultados de interesse dos estudos.

Foi também utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão SPSS 14.0. Trata-se de um pacote estatístico para as ciências sociais, utilizado igualmente na pesquisa relacionada com a saúde, e os níveis de significância adotados foram $p < 0,005$.

O teste de associação do qui-quadrado foi aplicado para verificar a associação entre desfecho e variáveis independentes exploratórias. O teste qui-quadrado não paramétrico é utilizado para comparar grupos independentes relativos à proporção de ocorrência de um determinado evento, na comparação de informações de interesse a serem analisadas e em variáveis categóricas nominais. Portanto, o teste avalia a existência de associação significativa entre duas variáveis categóricas de interesse.

Foram realizadas as medidas de variabilidade, tais como o desvio padrão de dispersão dos dados obtidos, a média e a mediana a partir das medidas de tendência central, além da amplitude dos valores mínimos e máximos na distribuição de frequência simples das amostras de cada uma das variáveis contínuas (sexo, idade, peso, altura, índice de massa corpórea, etc.).

3 RESULTADOS

3.1 Grupo 1 – Caracterização do Perfil Sociodemográfico

Na descrição das variáveis sociodemográficas, 56,3% dos idosos portadores de HIV/AIDS eram do sexo masculino, 43,7% do feminino, 74,76% tinham entre 60 e 69 anos de idade, eram brasileiros de origem santista, 31,4% eram viúvos e 29,2% solteiros, sendo que 33,1% tinham estudado até oito anos (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Variáveis | Categorias | n | % |
|-----------------------|----------------|-----|-------|
| Sexo | Mas | 80 | 56,3 |
| | Fem | 62 | 43,7 |
| Faixa Etária | 60 - 69 | 109 | 74,76 |
| | ≥70 | 33 | 23,23 |
| Nacionalidade | Brasileiros | 139 | 97,9 |
| | Estrangeiros | 3 | 2,1 |
| Naturalidade | Santos | 98 | 70,5 |
| | Outras Regiões | 44 | 29,5 |
| Estado Civil | Viúvos | 44 | 31,4 |
| | Solteiros | 41 | 29,2 |
| | Casados | 25 | 17,5 |
| | Separados | 19 | 13,1 |
| | Divorciados | 13 | 8,8 |
| Anos de Estudo | Analfabetismo | 18 | 12,7 |
| | 1 - 4 | 27 | 19,0 |
| | 8 | 47 | 33,1 |
| | 9 - 12 | 22 | 15,5 |
| | 13 -16 | 23 | 16,2 |
| | ≥17 | 5 | 3,5 |

Na variável profissão, os idosos exerciam diferentes atividades, mas chamou a atenção que 13,6% eram de idosos que desenvolveram suas atividades no lar (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização dos idosos portadores de HIV/AIDS, segundo a profissão, Santos-SP, 2009

| Profissão | n | % |
|---------------------|------------|--------------|
| Do lar | 20 | 13,6 |
| Aux. enfermagem | 7 | 5,0 |
| Comerciante | 7 | 5,0 |
| Faxineiro | 7 | 5,0 |
| Costureiro | 6 | 4,3 |
| Doméstica | 6 | 4,3 |
| Estivador | 5 | 3,6 |
| Vendedor | 5 | 3,6 |
| Motorista | 4 | 2,9 |
| Advogado | 3 | 2,1 |
| Cozinheiro | 3 | 2,1 |
| Funcionário público | 3 | 2,1 |
| Marinheiro | 3 | 2,1 |
| Operador de máquina | 3 | 2,1 |
| Professor | 3 | 2,1 |
| Administrador | 2 | 1,4 |
| Cabeleireiro | 2 | 1,4 |
| Eletricista | 2 | 1,4 |
| Técnico Eletrônico | 2 | 1,4 |
| Garçom | 2 | 1,4 |
| Militar | 2 | 1,4 |
| Pedreiro | 2 | 1,4 |
| Pintor | 2 | 1,4 |
| Zelador | 2 | 1,4 |
| Outras | 39 | 27,4 |
| Total | 142 | 100,0 |

Na descrição das variáveis socioeconômicas, 68,3% dos idosos não exerciam atividade remunerada, 77,4% tinham renda fixa, 64,4% viviam em casa própria e 51,2% do sexo masculino eram referência econômica no domicílio (Tabela 3).

Tabela 3. Descrição das variáveis socioeconômica dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Variáveis | Frequência | |
|-----------------------------|------------|------|
| | n | % |
| Atividade Remunerada | | |
| Não | 97 | 68,3 |
| Sim | 45 | 31,7 |
| Renda | | |
| Renda Fixa | 110 | 77,4 |
| Renda flutuante | 23 | 16,1 |
| Nenhuma renda | 9 | 6,3 |
| Moradia | | |
| Casa Própria | 90 | 64,4 |
| Alugada | 52 | 35,6 |
| Referência Econômica | | |
| Masculino | 41 | 51,2 |
| Feminino | 28 | 45,1 |

Em relação à renda mensal, quase 30% dos idosos portadores de HIV/AIDS recebiam até R\$ 600,00 reais, 28,5% até R\$ 1.000,00 e 27% entre R\$ 1.001,00 e 2.000,00 reais (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização dos idosos portadores de HIV/AIDS, segundo a renda mensal, Santos – SP, 2009

| Renda total mensal (R\$) | Frequência | |
|--------------------------|------------|--------------|
| | n | % |
| <i>De 250 a 400</i> | 4 | 3,0 |
| <i>De 401 a 600</i> | 39 | 29,3 |
| <i>De 601 a 1.000</i> | 38 | 28,5 |
| <i>De 1.001 a 2.000</i> | 36 | 27,0 |
| <i>De 2.001 a 4.000</i> | 11 | 8,2 |
| <i>De 4.001 a 8.000</i> | 4 | 3,0 |
| <i>Mais de 8.000</i> | 1 | 0,7 |
| Total | 133 | 100,0 |

Identificamos uma grande variabilidade entre a renda dos idosos deste estudo, com um desvio-padrão de R\$ 1.736,00 reais e uma média de renda de R\$ 1.377,00. Pelo fato de a renda mediana ser de R\$ 900,00 reais, constatamos que a média de renda foi superestimada com alguns valores muito altos (Tabela 5).

Tabela 2. Medidas descritivas da renda total dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Variável | n | Medidas descritivas | | | | |
|--------------------------|-----|---------------------|--------|---------|-------|-------|
| | | Mínimo | Máximo | Mediana | Média | d.p. |
| <i>Renda total (R\$)</i> | 133 | 250 | 15.000 | 900 | 1.377 | 1.736 |

Na análise geral sobre aposentadoria, 65,4% dos idosos eram aposentados, 60,2% do sexo masculino, 39,7% do feminino, sendo que 44% se aposentaram por tempo de serviço, 37,5% por invalidez e 18% por idade.

Em relação à situação econômica dos idosos e à satisfação das necessidades básicas, menos de 1% dos idosos satisfazia-se muito bem, 40,4% se satisfaziam de modo regular, 27,7% bem, 24,1% mal e 7,1% muito mal.

Quanto ao arranjo familiar, 38,3% dos entrevistados moravam sozinhos, 24,1% com filhos(as), 18,4% com o cônjuge, 9,3% com os pais, 4,3% com amigos e também com companheiros, e 5,6% distribuíam-se entre parentes e amigos.

3.2 Grupo 2 – Caracterização dos Aspectos Relacionados à Saúde

Quanto aos dados relacionados ao consumo de tabaco, 52,1% dos idosos referiram que nunca fumaram, 29,6% eram fumantes e apenas 18,3% ex-fumantes.

Sobre as medidas descritivas segundo os anos de consumo de tabaco, 40 idosos portadores de HIV/AIDS eram fumantes em média há 40 anos, e os ex-fumantes fumaram aproximadamente 24 anos, mas pararam de fumar em média há 13,5 anos (Tabela 6).

Tabela 3. Medidas descritivas segundo os anos de consumo de tabaco dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Variáveis | n | Medidas descritivas (anos) | | | | |
|------------------------|----|----------------------------|--------|---------|-------|------|
| | | Mínimo | Máximo | Mediana | Média | d.p. |
| Fumantes | | | | | | |
| Há quanto tempo? | 40 | 18,0 | 62,0 | 40,0 | 40,9 | 10,8 |
| Ex-fumantes | | | | | | |
| Quantos anos fumou? | 18 | 5,0 | 44,0 | 22,5 | 24,3 | 9,8 |
| Parou há quanto tempo? | 20 | 2,0 | 25,0 | 15,0 | 13,5 | 7,3 |

Um índice de 41,6% dos idosos consumia bebida alcoólica, 38,7% nunca consumiram nenhum tipo de bebida, e 19,7% haviam parado de beber. A bebida mais consumida foi cerveja (75,9%), seguida de vinho (27,6%) e de destilados (19%).

As medidas descritivas dos dados, segundo os anos de consumo de bebida alcoólica, mostram que os idosos pararam de beber há 13,4 anos em média, com desvio padrão de 8,4 anos (Tabela 7).

Tabela 4. Medidas descritivas segundo os anos de consumo de bebida alcoólica entre idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Medidas descritivas (anos) | | | | | | |
|----------------------------|----|--------|--------|---------|-------|------|
| Variáveis | n | Mínimo | Máximo | Mediana | Média | d.p. |
| Parou de beber | | | | | | |
| Há quanto tempo? | 24 | 1,0 | 38,0 | 11,0 | 13,4 | 8,4 |

Na coleta de dados sobre o consumo de drogas, 31,6% dos entrevistados já haviam consumido um ou mais de dois tipos de drogas, sendo que 87,5% consumiram maconha, 66,7% cocaína, 20,8% crack e 12,5% droga injetável, mas 65% referiram que não consumiam nenhum tipo de droga e 35% ainda faziam uso de maconha.

Nas medidas descritivas relacionadas aos anos de consumo de drogas, a média foi de 19,62 anos, e aqueles que referiram ter interrompido o consumo, a média ficou em 14 anos (Tabela 8).

Tabela 5. Medidas descritivas relacionadas aos anos de consumo de drogas entre idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Variáveis | n | Medidas descritivas (anos) | | | | |
|----------------------------------|----|----------------------------|--------|---------|-------|--------|
| | | Mínimo | Máximo | Mediana | Média | d.p. |
| <i>Quanto tempo usou drogas?</i> | 45 | 3 | 50 | 12,00 | 19,62 | 16,044 |
| <i>Parou há quanto tempo?</i> | 29 | 2 | 30 | 10,00 | 14,00 | 9,172 |

No consumo diário de medicamentos, 42,7% dos idosos consumiam um remédio por dia, sendo que 5,6% sem receita, 36% dois com 3,3% sem receita, e 10,1% três, mas 2,2% sem receita e apenas um idoso consumia no máximo 14 medicamentos com receita (Tabela 9).

Tabela 9. Caracterização do consumo de medicamentos pelos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Quantidade | Frequência | | | | | |
|--------------|----------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | Consumo diário | | Com receita | | Sem receita | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 1 | 38 | 42,7 | 33 | 37,1 | 5 | 5,6 |
| 2 | 32 | 36,0 | 29 | 32,6 | 3 | 3,3 |
| 3 | 9 | 10,1 | 7 | 7,9 | 2 | 2,2 |
| 4 | 6 | 6,8 | 6 | 6,8 | 0 | 0,0 |
| 5 | 1 | 1,1 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 |
| 6 | 1 | 1,1 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 |
| 8 | 1 | 1,1 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 |
| 14 | 1 | 1,1 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 |
| Total | 89 | 100,0 | 79 | 100,0 | 10 | 11,2 |

As doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão, depressão, catarata, diabetes, doenças articulares e bronquite estavam associadas com maior frequência entre os idosos portadores de HIV/AIDS (Tabela 10).

Tabela 10. Caracterização das doenças crônicas não transmissíveis entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Doenças Crônicas Não Transmissíveis | Frequência | | | | Total |
|-------------------------------------|------------|------|-----|------|-------|
| | Sim | | Não | | |
| | N | % | % | n | |
| Hipertensão | 75 | 52,5 | 67 | 47,5 | 142 |
| Depressão | 34 | 23,4 | 108 | 76,6 | 142 |
| Catarata | 31 | 21,3 | 111 | 78,7 | 142 |
| Diabetes | 27 | 19,0 | 115 | 81,0 | 142 |
| Doenças articulares | 27 | 19,0 | 115 | 81,0 | 142 |
| Bronquite | 25 | 17,0 | 117 | 83,0 | 142 |
| Constipação intestinal | 22 | 15,5 | 120 | 84,5 | 142 |
| Incontinência Urinária | 19 | 13,4 | 123 | 86,6 | 142 |
| Osteoporose | 13 | 9,2 | 129 | 90,8 | 142 |
| Arritmia cardíaca | 11 | 7,7 | 131 | 92,3 | 142 |
| Enfizema Pulmonar | 10 | 7,0 | 132 | 93,0 | 142 |
| Trombose | 6 | 4,2 | 136 | 95,8 | 142 |
| Tumores | 5 | 3,5 | 137 | 96,5 | 142 |
| Angina | 5 | 2,9 | 137 | 97,1 | 142 |
| Insuficiência Renal | 5 | 2,8 | 137 | 97,2 | 142 |
| Doença de Parkinson | 5 | 2,8 | 137 | 97,2 | 142 |
| Problemas de visão | 4 | 2,8 | 138 | 97,2 | 142 |
| Derrame Cerebral | 3 | 2,1 | 139 | 97,9 | 142 |
| Problemas de audição | 3 | 2,1 | 139 | 97,9 | 142 |
| Doença de Alzheimer | 1 | 0,7 | 141 | 99,3 | 142 |
| Problemas de audição | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 |

O perfil de imunização da população no geral mostrou que 54,9% dos idosos foram vacinados contra difteria e tétano, 73,9% contra gripe, 24,6% contra pneumonia, e apenas 1,4% contra hepatite B (Tabela 11).

Tabela 6. Caracterização da imunização entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Tipo de Vacina | Não vacinado | Vacinado | Completa | Não Sabe | |
|--------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | | | | | Total |
| Difteria e Tétano | 17 (11,9%) | 78 (54,9%) | 78 (100%) | 47 (33%) | 142 |
| Gripe | 26 (18,3%) | 105 (73,9%) | x | 11 (7,7%) | 142 |
| Pneumocócica | 90 (63,3%) | 35 (24,6%) | x | 17 (11,7%) | 142 |
| Hepatite B | 85 (59,8%) | 2 (1,4%) | 2 (100%) | 55 (38,7%) | 142 |

Observamos que a média de altura e de peso na avaliação do estado nutricional entre os idosos foi de 1,65 cm e 66,3 kg respectivamente, com o índice de massa corpórea na média de 24,2 kg (Tabela 12).

Tabela 7. Medidas descritivas do índice de massa corpórea, segundo altura e peso dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Variáveis | n | Medidas descritivas | | | | |
|-------------------|----------|----------------------------|---------------|----------------|--------------|-------------|
| | | Mínimo | Máximo | Mediana | Média | d.p. |
| <i>Altura (m)</i> | 142 | 1,38 | 1,92 | 1,65 | 1,65 | 0,09 |
| <i>Peso (Kg)</i> | 142 | 36,9 | 108,0 | 64,0 | 66,3 | 13,1 |
| <i>IMC</i> | 142 | 16,2 | 34,0 | 23,8 | 24,2 | 3,8 |

Como resultado do índice de massa corpórea nesta população, 57% foram classificados como eutróficos, 27,5% tinham sobrepeso, 10,9% obesidade grau I e apenas 4,9% baixo peso (Tabela 12a).

Tabela 12a. Classificação do índice de massa corpórea dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Classificação do IMC | Frequência | |
|--------------------------|------------|--------------|
| | n | % |
| <i>Baixo peso</i> | 7 | 4,9 |
| <i>Eutrófico</i> | 81 | 57,0 |
| <i>Sobrepeso</i> | 39 | 27,5 |
| <i>Obesidade grau I</i> | 15 | 10,6 |
| <i>Obesidade Mórbida</i> | 0 | 0 |
| Total | 142 | 100,0 |

Na avaliação subjetiva de saúde, segundo o sexo, 62,9% do sexo feminino responderam que a saúde era boa, e do masculino ficou em 67,9%, mas não foi significativo (Tabela 13).

Tabela 8. Avaliação subjetiva de saúde dos idosos portadores de HIV/AIDS segundo o sexo, Santos-SP, 2009

| Padrão de Resposta | Sexo | | Geral | P valor (qui-quadrado) |
|--------------------|------------------|------------------|-------------------|---------------------------|
| | Fem | Masc | | |
| Ótima | 11 (17.7%) | 13 (16.7%) | 24 (17.1%) | 0.425 |
| Boa | 39 (62.9%) | 53 (67.9%) | 90 (65.7%) | |
| Ruim | 12 (19.4%) | 12 (15.4%) | 24 (17.1%) | |
| Total | 62 (100%) | 78 (100%) | 138 (100%) | |

O padrão de resposta dos idosos portadores de HIV/AIDS, segundo os grupos etários na avaliação subjetiva de saúde, não foi significativo (Tabela 13a).

Tabela 13a. Avaliação subjetiva de saúde dos idosos portadores de HIV/AIDS, segundo os grupos etários, Santos-SP, 2009

| Padrão de Resposta | Grupos Etários | | Geral | P valor (qui-quadrado) |
|--------------------|-------------------|------------------|------------------|---------------------------|
| | 60 - 69 | >= 70 | | |
| Ótima | 15 (14.3%) | 9 (25.7%) | 24 (17.1%) | 0,331 |
| Boa | 70 (66.7%) | 20 (62.9%) | 90(64.2%) | |
| Ruim | 20 (19%) | 4 (11.4%) | 24 (17.1%) | |
| Total | 105 (100%) | 33 (100%) | 138(100%) | |

Na caracterização dos idosos em comparação a saúde deles com a saúde de outras pessoas da mesma idade, 45,3% responderam que a saúde deles era igual e 32,4% referiu que era melhor, mas não foi estatisticamente significativo (Tabela 14).

Tabela 14. Caracterização da comparação de saúde dos idosos portadores de HIV/AIDS, segundo o sexo, Santos-SP, 2009

| Padrão de Resposta | Sexo | | Geral | P valor (qui-quadrado) |
|---------------------|------------------|------------------|-------------------|---------------------------|
| | Fem | Masc | | |
| Muito melhor | 2 (3.2%) | 4 (5.2%) | 6 (4.3%) | 0,231 |
| Melhor | 19 (30.6%) | 26 (33.8%) | 45 (32.4%) | |
| Igual | 29 (46.8%) | 34 (44.2%) | 63 (45.3%) | |
| Pior | 12 (19.4%) | 11 (14.3%) | 23 (15.3%) | |
| Muito pior | 0 (0%) | 2 (2.6%) | 2 (1.4%) | |
| Total | 62 (100%) | 77 (100%) | 139 (100%) | |

Ao agrupar a população por faixa etária para caracterizar os idosos na comparação da saúde deles com a saúde de outras pessoas da mesma idade a resposta também não foi significativa (Tabela 14a).

Tabela 14a. Caracterização da comparação de saúde dos idosos portadores de HIV/AIDS, com a saúde de outras pessoas da mesma idade, segundo grupos etários, Santos-SP, 2009

| Padrão de Resposta | Faixa etária | | Geral | P valor (qui-quadrado) |
|--------------------|-------------------|------------------|-------------------|---------------------------|
| | 60 - 69 | >= 70 | | |
| Muito melhor | 6 (5.6%) | 0 (0%) | 6 (4.3%) | 0,337 |
| Melhor | 31 (29.9%) | 14 (42.4%) | 45 (32.8%) | |
| Igual | 47 (44.3%) | 16 (48.8%) | 63 (45.9%) | |
| Pior | 20 (18.8%) | 3 (9.0%) | 23 (15.3%) | |
| Muito pior | 2 (1.8%) | 0 (0%) | 2 (1.4%) | |
| Total | 106 (100%) | 33 (100%) | 139 (100%) | |

Em relação à satisfação com a vida, o padrão regular de resposta foi de 64,7% dos idosos em ambos os sexos, e não teve associação significativa (Tabela 15).

Tabela 9. Caracterização da satisfação com a vida entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo sexo, Santos-SP, 2009

| Padrão de Resposta | Sexo | | Geral | P valor (qui-quadrado) |
|--------------------|------------------|------------------|-------------------|---------------------------|
| | Fem | Masc | | |
| Pouca | 17 (27.41%) | 14 (17.5%) | 31(21.8%) | 0,361 |
| Regular | 37 (59.6%) | 55 (68.7%) | 92 (64.7%) | |
| Muita | 8 (12.9%) | 11 (13.7%) | 19 (13.3%) | |
| Total | 62 (100%) | 80 (100%) | 142 (100%) | |

Em relação à satisfação com a vida, o padrão regular de resposta também foi de 64% dos idosos, segundo grupos etários, e não teve associação significativa (Tabela 15a).

Tabela 15a. Caracterização da satisfação com a vida entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo grupos etários, Santos-SP, 2009

| Padrão de Resposta | Grupos Etários | | Geral | P valor (qui-quadrado) |
|--------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|
| | 60 – 69 | ≥70 | | |
| Pouca | 25 (22.9%) | 4 (12.1%) | 29 (20.4%) | 0,394 |
| Regular | 68 (62.3%) | 23 (69.6%) | 91 (64.0%) | |
| Muita | 16 (14.6%) | 6 (18.1%) | 22 (15.4%) | |
| Total | 109 (100%) | 33 (100%) | 142 (100%) | |

Quando perguntamos aos idosos o que eles gostariam de fazer que não estavam fazendo, 65,9% responderam que não deixavam de fazer nada, 17,4% disseram que gostariam de trabalhar, 15,2% afirmaram que não tinham nenhum lazer e 12,9% sentiam falta do contato com a família.

Indagamos também se eles achavam que envelhecer e ter HIV/AIDS eram problemas para eles, 28,2% responderam que sim, porque se sentiam discriminados pela idade e por serem portadores.

3.3 Grupo 3 – Caracterização do Perfil Epidemiológico Relacionado ao HIV/AIDS

A distribuição da variável comportamento sexual entre os idosos, relativos aos 12 meses anteriores à pesquisa, 51% referiram ter tido relações uma ou mais vezes por semana, 85,1% referiram o uso de preservativo, sendo que 89,1% usavam sempre, 57,4% tinham parceiro fixo, 52,1% tiveram relações com quatro a oito parceiros, 29,6% disse que o parceiro era portador de HIV/AIDS e 18,5 tiveram relações sexuais por dinheiro (Tabela 16).

Tabela 16. Caracterização do comportamento sexual dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Variáveis | n | % |
|--------------------------------------|----------|----------|
| Relações Sexuais | | |
| Não | 88 | 62 |
| Sim | 54 | 38 |
| 1 ou + vezes por semana | 28 | 51 |
| Uma vez/mês | 18 | 33,3 |
| Eventualmente | 8 | 14,8 |
| Uso de Preservativo | | |
| Sim | 46 | 85,1 |
| Não usam | 8 | 14,8 |
| Sempre | 41 | 89,1 |
| Eventualmente | 5 | 10,8 |
| Parceiro Fixo | | |
| Sim | 31 | 57,4 |
| Não | 23 | 42,5 |
| Múltiplos Parceiros | | |
| 2 | 2 | 8,6 |
| 3 | 8 | 34,7 |
| 4 a 8 | 12 | 52,1 |
| 30 | 1 | 4,3 |
| Parceiro Portador de HIV/AIDS | | |
| Sim | 16 | 29,6 |
| Não | 38 | 70,4 |
| Relações Sexuais por Dinheiro | | |
| Sim | 10 | 18,5 |
| Não | 44 | 81,4 |

Quanto ao uso de preservativo entre os idosos portadores que tiveram relações sexuais nos 12 meses anteriores à pesquisa, 88% do sexo feminino relataram fazer uso de preservativo e 73,2% do sexo masculino, mas 100% das mulheres nunca haviam usado o preservativo feminino.

Com relação à idade dos parceiros dos idosos nas relações sexuais, o parceiro mais velho tinha 66 anos e o mais jovem 25 anos, mas a média foi de 46 anos de idade.

As medidas descritivas em relação à idade dos idosos portadores de HIV/AIDS, no ano do diagnóstico, apontaram que a média de idade foi de 56 anos, com desvio-padrão de 6,9 anos de idade em ambos os sexos (Tabela 17).

Tabela 17. Medidas descritivas da idade dos idosos portadores de HIV/AIDS, no ano do diagnóstico, Santos-SP, 2009

| Sexo | N | Idade | | | | |
|-----------|-----|--------|--------|---------|-------|------|
| | | Mínimo | Máximo | Mediana | Média | D.P. |
| Feminino | 62 | 40 | 71 | 57 | 56.7 | 7.1 |
| Masculino | 80 | 40 | 71 | 55 | 55.3 | 6.9 |
| Geral | 142 | 40 | 71 | 56 | 56 | 6.9 |

A principal via de contaminação por HIV nesta população foi a relação heterossexual com 71,7% dos casos, sendo que 70,3% com múltiplos parceiros, 48,6% com parceiros que tinham múltiplos parceiros, 30,4% com parceiro contaminado, 16,7% em relações bissexuais, 11,6% por transfusão sanguínea, 10,1% em relação homossexual, 8,7% com parceiro usuário de droga injetável, 2,2% eram trabalhadores do sexo e apenas um com seringa contaminada.

Em relação às doenças infecciosas, segundo o agente infeccioso, ficou caracterizado que 28,9% dos idosos tiveram tuberculose pulmonar, 24,6% hepatite B, 19,7% pneumonia, 19,% hepatite C, 18,3% candidíase orofaríngea, 12% herpes simples, e entre as doenças sexualmente transmissíveis, 24,6% tiveram sífilis e 12,7% gonorreia e a maioria foi identificada por exame confirmatório (Tabela 18).

Tabela 10. Descrição das doenças infecciosas entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Agente | Doenças Infecciosas | Frequência | | Exame confirmatório | |
|---------------------|------------------------|------------|------|---------------------|-------|
| | | n | % | n | % |
| Vírus | CMV/ Citomegalovírus | 5 | 3,5 | 5 | 100,0 |
| | Herpes Simples | 17 | 12,0 | 14 | 82,4 |
| | Sarcoma de Kaposi | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 |
| | Hepatite A | 12 | 8,5 | 12 | 100,0 |
| | Hepatite B | 35 | 24,6 | 33 | 94,3 |
| | Hepatite C | 27 | 19,0 | 23 | 85,2 |
| Bactérias | TBP | 41 | 28,9 | 40 | 97,6 |
| | Pneumonia | 28 | 19,7 | 26 | 92,9 |
| | P.Carinii – PCC | 0 | 0,0 | — | — |
| Fungos | Pneumocistose | 1 | 0,7 | 1 | 100,0 |
| | Candidíase Orofaríngea | 26 | 18,3 | 24 | 92,3 |
| Protozoários | Neurotoxoplasmose | 16 | 11,3 | 13 | 81,3 |
| DST's | Gonorreia | 18 | 12,7 | 15 | 83,3 |
| | Cancro mole | 6 | 4,2 | 6 | 100,0 |
| | Sífilis | 35 | 24,6 | 28 | 80,0 |

Os dados absolutos e relativos aos tipos de agentes infecciosos e às DSTs, em ambos os sexos, demonstram que 48% foram infectados por vírus, 40% por bactérias e 30% tiveram alguma DST (Tabela 18a).

Tabela 18a. Caracterização dos agentes infecciosos e das DSTs entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo o sexo, Santos-SP, 2009

| Sexo | Vírus | | Bactérias | | Fungos | | Protozoários | | DST's | |
|--------------|-------|-----|-----------|-----|--------|-----|--------------|-----|-------|-----|
| Feminino | 28 | 45% | 19 | 31% | 10 | 16% | 9 | 15% | 11 | 18% |
| Masculino | 40 | 50% | 38 | 48% | 17 | 21% | 7 | 9% | 32 | 40% |
| Geral | 68 | 48% | 57 | 40% | 27 | 19% | 16 | 11% | 43 | 30% |

Verificamos que 82,39% dos idosos faziam uso da terapia antirretroviral, 83,7% estavam na faixa etária de 60 a 69 anos, 94,4% sabiam utilizar sem nenhuma dificuldade, 85,8% referiram que nunca abandonaram o tratamento e apenas 11,4% referiram que a terapia dificultava algumas atividades do cotidiano pela presença de efeitos colaterais eventuais.

Em relação aos anos de uso da terapia antirretroviral, um índice de 12,9 % dos idosos começou o tratamento há mais de 20 anos, com uma concentração de 46,6% entre 15 e 20 anos (Tabela 19).

Tabela 19. Uso da terapia antirretroviral entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo os anos de tratamento, Santos-SP, 2009

| Tratamento em anos | Frequência | |
|--------------------|------------|--------------|
| | n | % |
| >20 | 15 | 12,9 |
| 15 - 19 | 54 | 46,6 |
| 11 - 14 | 26 | 22,4 |
| <10 | 22 | 18,1 |
| Total | 117 | 100,0 |

Observamos nestes idosos um aumento significativo na quantidade de linfócitos T CD4+ entre a fase inicial de contagem (ano do diagnóstico) e a fase atual (ano da pesquisa), com uma concentração significativa na faixa de 350 e mais de 500 células/mm³ (Tabela 20).

Tabela 20. Contagem de linfócitos T CD4+ entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo os anos de tratamento, Santos-SP, 2009

| T CD4 células/mm ³ | Contagem | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|
| | Fase Inicial (ano do diagnóstico) | | Fase Atual (ano da pesquisa) | |
| | n | % | n | % |
| <i>Menor que 50</i> | 14 | 10,4 | 0 | 0,0 |
| <i>De 51 a 200</i> | 33 | 24,4 | 7 | 5,2 |
| <i>De 201 a 349</i> | 34 | 25,1 | 43 | 31,8 |
| <i>350 a 499</i> | 30 | 22,2 | 20 | 14,81 |
| <i>>500</i> | 24 | 17,8 | 65 | 48,1 |
| Total | 135 | 100,0 | 135 | 100,0 |

A estatística descritiva em relação ao aumento da quantidade de linfócitos T CD4+ entre a fase inicial (ano do diagnóstico) e a fase atual (ano da pesquisa) mostrou que o resultado teve associação significativa (Tabela 20a).

Tabela 20a. Caracterização da quantidade de linfócitos T CD4+ entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Estatística descritiva | | P-valor |
|-------------------------------|----------------|---------|
| Média ± D.P. (Inicial) T CD4+ | 288.27 ± 209.8 | 0.000* |
| Média ± D.P. (Atual) T CD4+ | 598.21 ± 331.2 | |

O índice médio de linfócitos T CD8+ também foi maior na fase atual da evolução histórica da infecção pelo HIV que na fase inicial. O valor médio da fase atual é quase duas vezes maior que o valor da média da fase inicial, e deste modo é estatisticamente significativo (Tabela 21).

Tabela 21. Medidas descritivas da quantidade de linfócitos T CD8+ entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Exame | Fase | n | Medidas descritivas | | | | d.p. | P valor |
|-------|---------|-----|---------------------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | | | Mínimo | Máximo | Mediana | Média | | |
| CD8 | Inicial | 114 | 59,0 | 3.152,0 | 728,0 | 531,8 | 531,8 | 0.000* |
| CD8 | Atual | 128 | 0,0 | 3.244,0 | 986,0 | 1.082,0 | 553,3 | |

Sobre a quantidade de carga viral, identificamos 80,5% dos idosos com menos de 50 cópias/ml de sangue na fase atual (ano da pesquisa), conforme descrição na Tabela 22.

Tabela 22. Caracterização da carga viral entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Carga Viral Cópias/ml | Fase Inicial (ano do diagnóstico) | | Fase Atual (ano da pesquisa) | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| ≤ 50 | 12 | 33,3 | 103 | 80,5 |
| 51 a 500 | 4 | 11,1 | 3 | 2,3 |
| 501 a 1.000 | 1 | 2,8 | 4 | 3,1 |
| 1.001 a 2.000 | 3 | 8,3 | 1 | 0,8 |
| 2.001 a 5.000 | 7 | 19,5 | 6 | 4,7 |
| > 5.000 | 9 | 25,0 | 11 | 8,6 |
| Total | 36 | 100,0 | 128 | 100,0 |

Um percentual de 29,57% dos idosos portadores de HIV/AIDS referiu que ficou sabendo do diagnóstico de HIV/AIDS pela manifestação de doenças oportunistas, como a tuberculose pulmonar, candidíase orofaríngea, pneumonia e hepatites, 27,46% pelo aparecimento de alguma doença sexualmente transmissível como a sífilis, gonorreia ou cancro mole, 13,38% através do parceiro que ficou doente, 11,26% fizeram voluntariamente o exame de HIV, 9,85% em consulta de rotina e 8,45% depois que o parceiro foi a óbito.

3.4 Grupo 4 – Avaliação da Capacidade Funcional

3.4.1 Avaliação do Perfil Cognitivo

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) é uma escala que avalia a presença de déficit cognitivo. Valor menor de 23 pontos, neste estudo, evidencia que há déficit cognitivo. Os resultados do MEEM entre os idosos portadores de HIV/AIDS mostram que 28,16% fizeram menos de 23 pontos (Tabela 23).

Tabela 23. Distribuição dos pontos no MEEM entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Pontuação | Frequência | |
|--------------|------------|--------------|
| | n | % |
| 30 | 32 | 22,53 |
| De 29 a 27 | 42 | 29,57 |
| De 26 a 24 | 28 | 19,71 |
| ≤23 | 40 | 28,16 |
| Total | 142 | 100,0 |

Na Tabela 23a, observamos nestes idosos que as mulheres apresentam maior índice de déficit cognitivo (38,70%) que os homens (20%), porém esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,140$),

Tabela 23a. Caracterização dos idosos portadores de HIV/AIDS com e sem déficit cognitivo no MEEM, segundo o sexo, Santos-SP, 2009

| MEEM | Sexo | | Geral | P Valor (qui-quadrado) |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | Fem | Masc | | |
| Com déficit cognitivo | 24 (38,70%) | 16 (20,0%) | 40 (28,16%) | 0,140 |
| Sem déficit cognitivo | 38 (61,29%) | 64 (80,0%) | 102 (71,83%) | |
| Total | 62 (100%) | 80 (100%) | 142 (100%) | |

Na análise dos dados entre os idosos que apresentaram déficit cognitivo no MEEM, segundo os grupos etários, 48,48% estavam com 70 anos de idade ou mais e 28,23% na faixa etária dos 60 a 69 anos, mas também não apresentou associação significativa (Tabela 23b).

Tabela 23b. Caracterização dos idosos portadores de HIV/AIDS com e sem déficit cognitivo no MEEM, segundo os grupos etários, Santos-SP, 2009

| MEEM | Grupos Etários | | Geral | P Valor (qui-quadrado) |
|------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| | 60-69 | ≥70 | | |
| Déficit cognitivo | 24 (28,23%) | 16 (48,48%) | 40 (28,16%) | 0,310 |
| Sem déficit cognitivo | 85 (71,76 %) | 17 (51,51%) | 102 (71,78%) | |
| Total | 109 | 33 | 142 | |

A caracterização dos anos de estudo dos idosos com déficit cognitivo no MEEM, segundo grupos etários e o sexo, 35% eram analfabetos, 22,5% estudaram entre um e quatro anos, 32,5% tinham oito anos de estudo e com 12 e 16 anos apenas 5% respectivamente (Tabela 23c).

Tabela 23c. Caracterização dos anos de estudo entre os idosos portadores de HIV/AIDS com déficit cognitivo, segundo grupos etários e sexo, Santos-SP, 2009

| Anos de estudos | Grupos Etários | | | | Frequência | |
|-----------------|----------------|---------------|--------------|--------------|------------|------|
| | Sexo | | | | | |
| | 60 – 69 | | ≥70 | | n | % |
| Masc | Fem | Masc | fem | | | |
| 0 | 1 (12,5%) | 6 (37,5%) | 4 (50%) | 3 (37,5%) | 14 | 35,0 |
| 1 – 4 | 4 (50%) | 3 (18,75%) | 0 (0%) | 2 (25%) | 9 | 22,5 |
| 8 | 2 (25%) | 6 (37,5%) | 3 (37,5%) | 2 (25%) | 13 | 32,5 |
| 9 - 12 | 1 (12,5%) | 1 (6,25%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 2 | 5,0 |
| 13 -16 | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (12,5%) | 1 (0%) | 2 | 5,0 |
| ≥17 | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 | 0 |
| | | | | | 0 | 0 |
| Total | 8 (20%) | 16 (40%) | 8 (20%) | 8 (20%) | 40 | 100 |

As medidas estatísticas em relação aos anos de estudo dos idosos com déficit cognitivo no MEEM, segundo grupos etários e o sexo, o valor de $p = 0,620$ não mostrou associação significativa (Tabela 23d).

Tabela 23d. Estatística descritiva dos anos de estudos dos idosos portadores de HIV/AIDS com déficit cognitivo, segundo sexo e grupos etários, Santos-SP, 2009

| com déficit cognitivo, segundo sexo e grupos etários, Santos-SP, 2005 | | | | | P Valor (qui-quadrado) |
|---|----------------|-----|------|-----|------------------------|
| Anos de estudos | Sexo | | | | |
| | Grupos Etários | | | | |
| | Masc | Fem | Masc | Fem | |
| | 60-69 | | ≥ 70 | | |
| 0 | 1 | 6 | 4 | 3 | 0,620 |
| 1-4 | 4 | 3 | 0 | 2 | |
| 8 | 2 | 6 | 3 | 2 | |
| 9-12 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| 13-16 | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| ≥17 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Total | 8 | 16 | 8 | 8 | |

3.4.2 Avaliação da Saúde Mental

Na Tabela 24 estão demonstradas as frequências das respostas dos idosos portadores de HIV/AIDS no *screening* de saúde mental, representada por 141 indivíduos, visto que um idoso recusou-se a responder.

Tabela Frequência de respostas no *screening* de saúde mental entre os idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Variáveis | Frequência | | | | Total |
|---|------------|------|-----|------|-------|
| | Não | | Sim | | |
| | n | % | n | % | |
| Vc acorda bem e descansado na maioria das manhãs? | 38 | 26,9 | 103 | 73,1 | 141 |
| Na sua vida diária o(a) Sr(a) sente que as coisas acontecem sempre iguais? | 98 | 69,5 | 43 | 30,5 | 141 |
| O Sr. já teve por vezes vontade de abandonar o lar? | 109 | 77,3 | 32 | 22,7 | 141 |
| O Sr. tem muita sensação de que ninguém realmente o entende? | 123 | 87,2 | 18 | 12,8 | 141 |
| O Sr. já teve períodos em que não pode tomar conta de nada porque não estava aguentando mais? | 117 | 83,0 | 24 | 17,0 | 141 |
| O seu sono é agitado ou conturbado? | 90 | 63,8 | 51 | 36,2 | 141 |
| O Sr. é feliz na maior parte do tempo? | 43 | 30,5 | 98 | 69,5 | 141 |
| O Sr. sente que o mundo ou as pessoas estão contra o Sr. ? | 128 | 90,8 | 13 | 9,2 | 141 |
| O Sr. se sente, por vezes, inútil? | 105 | 74,5 | 36 | 25,5 | 141 |
| Nos últimos anos, o(a) Sr. tem se sentido bem na maior parte do tempo? | 48 | 34,0 | 93 | 66,0 | 141 |
| O Sr. tem problemas de dor de cabeça? | 87 | 61,7 | 54 | 38,3 | 141 |
| O Sr. se sente fraco na maior parte do tempo? | 103 | 73,0 | 38 | 27,0 | 141 |
| O Sr. já teve dificuldade em manter equilíbrio ao andar? | 93 | 66,0 | 48 | 34,0 | 141 |
| O Sr. tem problemas de falta de ar ou peso no coração? | 101 | 71,6 | 40 | 28,4 | 141 |
| O Sr. tem sensação de solidão, mesmo quando acompanhado de outras pessoas? | 111 | 78,7 | 30 | 21,3 | 141 |

Na análise das medidas descritivas da pontuação no *screening* de saúde mental em ambos os sexos da população em geral, a média foi de quatro pontos com desvio padrão de 3,8 (Tabela 24a).

Tabela 24a. Medidas descritivas da pontuação no *screening* de saúde mental entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo sexo, Santos-SP, 2009

| Sexo | Medidas descritivas | |
|------------------|----------------------------|------------|
| Feminino | Média ± D.P. | 4 ± 3.7 |
| | Mediana | 3.0 |
| | Mínimo - Máximo | 0 - 15 |
| | Total analisado | 61 |
| Masculino | Média ± D.P. | 4 ± 3.9 |
| | Mediana | 2.5 |
| | Mínimo - Máximo | 0 - 13 |
| | Total analisado | 80 |
| Geral | Média ± D.P. | 4 ± 3.8 |
| | Mediana | 3.0 |
| | Mínimo - Máximo | 0 - 15 |
| | Total analisado | 141 |

Na análise das medidas descritivas sobre a pontuação no *screening* de saúde mental da população em geral, segundo os grupos etários, a média também foi de quatro pontos com desvio-padrão de 3,8 (Tabela 24b).

Tabela 24b. Medidas descritivas da pontuação no *screening* de saúde mental entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo os grupos etários, Santos-SP, 2009

| Grupos Etários | Medidas descritivas | |
|----------------|------------------------|-------------|
| 60-69 | Média \pm D.P. | 4 \pm 4.1 |
| | Mediana | 3.0 |
| | Mínimo - Máximo | 0 - 14 |
| | Total analisado | 108 |
| ≥ 70 | Média \pm D.P. | 3 \pm 3.1 |
| | Mediana | 2.0 |
| | Mínimo - Máximo | 0 - 11 |
| | Total analisado | 33 |
| Geral | Média \pm D.P. | 4 \pm 3.8 |
| | Mediana | 3.0 |
| | Mínimo - Máximo | 0 - 14 |
| | Total analisado | 141 |

Os dados observados entre os idosos, na avaliação da saúde mental, com *score* de seis pontos ou mais, adotado neste estudo, 24,11% apresentaram *screening* positivo tipo distímia, sendo que 26,22% eram do sexo feminino e 22,5% do masculino, mas não foi estatisticamente significativo (Tabela 24c).

Tabela 24c. Medidas descritivas no *screening* de saúde mental entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo sexo, Santos-SP, 2009

| Saúde Mental | Pontuação | Sexo | | Geral | P Valor (qui-quadrado) |
|--------------|-----------|---------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| | | Masc | Fem | | |
| Sem distímia | 0 - 5 | 62 (77,5%) | 45 (73,77%) | 107 (75,88%) | p= 0,753 |
| Com distímia | ≥ 6 | 18 (22,5%) | 16 (26,22%) | 34 (24,11%) | |
| Total | | 80 | 61 | 141 | |

Os dados observados no *screening* de saúde mental, segundo os grupos etários, mostram que 25,92% dos idosos com distímia estavam na faixa etária dos 60 aos 69 anos, e também não foi significativo (Tabela 24d).

Tabela 24d. Medidas descritivas no *screening* de saúde mental entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo grupos etários, Santos-SP, 2009

| Saúde Mental | Grupos Etários | | Geral | P Valor (qui-quadrado) |
|--------------|----------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| | 60 - 69 | >=70 | | |
| Sem distímia | 80 (74,07%) | 27 (81,81%) | 107 (75,88%) | p= 0,498 |
| Com distímia | 28 (25,92%) | 6 (18,18%) | 34 (24,11%) | |
| Total | 108 | 33 | 141 | |

3.4.3 Avaliação das Atividades de Vida Diária

As atividades de vida diária (AVDs) foram avaliadas entre os idosos portadores de HIV/AIDS, segundo o padrão de dificuldade: nenhuma, pouca, muita, e não realiza as atividades (Tabela 25).

Tabela 25. Padrão de dificuldade para executar uma ou mais AVDs dos idosos portadores de HIV/AIDS Santos-SP, 2009

| AVD | Padrão de dificuldade | | | | | | | | Total |
|---------------------------|-----------------------|------|-------|------|-------|-----|-------------|------|-------|
| | Nenhuma | | Pouca | | Muita | | Não realiza | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Deitar / Levantar da cama | 123 | 86,6 | 11 | 7,7 | 4 | 2,8 | 4 | 2,8 | 142 |
| Comer | 131 | 92,3 | 8 | 5,6 | 1 | 0,7 | 2 | 1,4 | 142 |
| Cuidar da aparência | 127 | 89,4 | 7 | 4,9 | 3 | 2,1 | 5 | 3,5 | 142 |
| Andar no plano | 127 | 89,4 | 8 | 5,6 | 1 | 0,7 | 6 | 4,2 | 142 |
| Tomar banho | 125 | 88,0 | 10 | 7,0 | 1 | 0,7 | 6 | 4,2 | 142 |
| Vestir-se | 124 | 87,3 | 10 | 7,0 | 2 | 1,4 | 6 | 4,2 | 142 |
| Ir ao banheiro em tempo | 116 | 81,7 | 18 | 12,7 | 2 | 1,4 | 6 | 4,2 | 142 |
| Subir escada (1 lance) | 94 | 66,2 | 35 | 24,6 | 6 | 4,2 | 7 | 4,9 | 142 |
| Medicar-se na hora | 112 | 78,9 | 17 | 12,0 | 3 | 2,1 | 10 | 7,0 | 142 |
| Andar perto de casa | 125 | 88,0 | 8 | 5,6 | 0 | 0,0 | 9 | 6,3 | 142 |
| Fazer compras | 120 | 84,5 | 8 | 5,6 | 13 | 9,2 | 1 | 0,7 | 142 |
| Preparar refeições | 120 | 84,5 | 5 | 3,5 | 0 | 0,0 | 17 | 12,0 | 142 |
| Cortar unhas dos pés | 106 | 74,6 | 14 | 9,9 | 1 | 0,7 | 21 | 14,8 | 142 |
| Sair de condução | 120 | 84,5 | 7 | 4,9 | 1 | 0,7 | 14 | 9,9 | 142 |
| Fazer limpeza de casa | 108 | 76,1 | 10 | 7,0 | 1 | 0,7 | 23 | 16,2 | 142 |

Observamos nestes idosos, conforme o padrão de dificuldade para executar as AVDS, que 55 idosos apresentaram dificuldade para executar uma ou mais atividades, conforme a ordem de referência descrita, e 87,27% referiram dificuldade para subir um lance de escada, 63,63% para cortar as unhas dos pés, 54,54% para medicar-se na hora, 47,47% para ir ao banheiro em tempo e 43,63% para fazer a limpeza da casa (Tabela 25a).

Tabela 25a. Distribuição da ordem de referência de dificuldade para executar uma ou mais AVDs dos idosos portadores de HIV/AIDS, Santos-SP, 2009

| Ordem de referência | Atividades de Vida Diária | n 55 | % 100 |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------|------------------|
| 1 ^a | <i>Subir escada (1 lance)</i> | 48 | 87,27 |
| 2 ^a | <i>Cortar unhas dos pés</i> | 35 | 63,63 |
| 3 ^a | <i>Medicar-se na hora</i> | 30 | 54,54 |
| 4 ^a | <i>Ir ao banheiro em tempo</i> | 26 | 47,27 |
| 5 ^a | <i>Fazer limpeza de casa</i> | 24 | 43,63 |
| 6 ^a | <i>Preparar refeições</i> | 22 | 40,00 |
| 7 ^a | <i>Deitar / Levantar da cama</i> | 19 | 34,54 |
| 8 ^a | <i>Vestir-se</i> | 18 | 32,72 |
| 9 ^a | <i>Andar perto de casa</i> | 17 | 30,90 |
| | <i>Tomar banho</i> | 17 | 30,90 |
| 10 ^a | <i>Sair de condução</i> | 15 | 27,27 |
| 11 ^a | <i>Fazer compras</i> | 14 | 25,45 |
| | <i>Andar no plano</i> | 14 | 25,45 |
| 12 ^a | <i>Cuidar da aparência</i> | 12 | 21,81 |
| 13 ^a | <i>Comer</i> | 11 | 20,00 |

Na avaliação das atividades de vida diária segundo o sexo, 12,67% dos idosos com HIV/AIDS não realizavam sozinhos sete ou mais AVDs, sendo que 12,50% eram do sexo masculino e 12,90% do feminino (Tabela 25b).

Tabela 25b. Padrão de dificuldade dos idosos portadores de HIV/AIDS para executar as AVDs segundo sexo, Santos-SP, 2009

| Padrão de dificuldade AVDs | Sexo | | Total |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| | Masc | Fem | |
| 0 (nenhuma) | 54 (67,50%) | 33 (53,22%) | 87 (61,26%) |
| 1 – 3 (pouca) | 9 (11,25%) | 15 (24,19%) | 24 (16,90%) |
| 4 – 6 (muita) | 7 (8,75%) | 6 (9,67%) | 13 (9,15%) |
| ≥ 7 (não realiza) | 10 (12,50%) | 8 (12,90%) | 18 (12,67%) |
| Total | 80 (56,33%) | 62 (43,66%) | 142 (100%) |

Quanto aos grupos etários e ao padrão de dificuldade para realizar as atividades de vida diária, entre os 12,67% que não realizavam sete ou mais atividades, 11% tinham entre 60 e 69 anos de idade e 18,18%, 70 anos (Tabela 25c).

Tabela 25c. Padrão de dificuldade dos idosos portadores de HIV/AIDS para executar as AVDs segundo grupos etários, Santos-SP, 2009

| Padrão de dificuldade AVDs | Grupos Etários | | Total |
|----------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| | 60 - 69 | ≥ 70 | |
| 0 (nenhuma) | 72 (66,05%) | 15 (45,45%) | 87 (61,26%) |
| 1 – 3 (pouca) | 18 (16,51%) | 6 (18,18%) | 24 (16,90%) |
| 4 – 6 (muita) | 7 (6,42%) | 6 (18,18%) | 13 (9,15%) |
| ≥7 (não realiza) | 12 (11%) | 6 (18,18%) | 18 (12,67%) |
| Total | 109 (76,76%) | 33 (23,23%) | 142 (100%) |

Na classificação do grau de independência para realizar as AVDs, os resultados mostram que 61,26% dos idosos portadores de HIV/AIDS eram independentes, 26,50% tinham dependência parcial para realizar de uma a seis atividades, e apenas 12,67% eram dependentes (Tabela, 24d).

Tabela 25d. Classificação do grau de independência dos idosos portadores de HIV/AIDS nas AVDs, Santos-SP, 2009

| Grau de independência nas AVDs | Frequência | |
|----------------------------------|------------|------------|
| | n | % |
| Independentes (0) | 87 | 61,26 |
| Dependência parcial (1 – 6) | 37 | 26,05 |
| Dependentes (≥7) | 18 | 12,67 |
| Total | 142 | 100 |

Em relação aos idosos que apresentaram dependência para executar sete ou mais AVDS, conforme ordem de referência das atividades: fazer a limpeza de casa, fazer compras, preparar refeições, cortar as unhas dos pés, sair de condução, ir ao banheiro em tempo e subir um lance de escada, vestir-se e medicar-se na hora, andar perto de casa, tomar banho, cuidar da aparência e andar no plano, mostraram maior frequência (Tabela 25e).

Tabela 25e. Distribuição da ordem de referência de dificuldade dos idosos para executar sete ou mais AVDs, Santos-SP, 2009

| Ordem de referência | AVDs | Mas | Fem | n 18 | % 100 |
|---------------------|---------------------------|-----|-----|---------|----------|
| 1 ^a | Fazer limpeza de casa | 10 | 7 | 17 | 94,44 |
| 2 ^a | Fazer compras | 10 | 6 | 16 | 88,88 |
| | Preparar refeições | 10 | 6 | 16 | 88,88 |
| | Cortar unhas dos pés | 10 | 6 | 16 | 88,88 |
| | Sair de condução | 10 | 6 | 16 | 88,88 |
| | Ir ao banheiro em tempo | 9 | 7 | 16 | 88,88 |
| | Subir escada (1 lance) | 10 | 6 | 16 | 88,88 |
| 3 ^a | Vestir-se | 9 | 6 | 15 | 83,33 |
| | Medicar-se na hora | 8 | 7 | 15 | 83,33 |
| 4 ^a | Andar perto de casa | 10 | 4 | 14 | 77,77 |
| | Tomar banho | 8 | 6 | 14 | 77,77 |
| 5 ^a | Cuidar da aparência | 8 | 5 | 13 | 72,18 |
| | Andar no plano | 8 | 5 | 13 | 72,18 |
| 6 ^a | Deitar / Levantar da cama | 7 | 4 | 11 | 61,11 |
| 7 ^a | Comer | 3 | 1 | 4 | 22,22 |

4 DISCUSSÃO

Entre os idosos que participaram deste estudo, 82,39% viviam com AIDS (sintomáticos) e 17,60% com HIV (assintomáticos), a maioria era proveniente de Santos-SP, 31,4% eram viúvos, 29,2% solteiros, 21,9% separados ou divorciados, e apenas 18% eram casados, sendo que 33,1% estudaram em média oito anos e 34,6% mais de nove anos.

Observamos que esses idosos exerceram diferentes atividades profissionais, 65% estavam aposentados, 13% das idosas com HIV/AIDS desenvolveram suas atividades no lar. A renda *per capita* de 30% dos idosos era de um salário mínimo, 28% de quase dois salários e 27% entre três e quatro salários. Quase 80% tinham renda fixa e pouco mais de 6% não recebiam nenhuma renda, 35% pagavam aluguel, 49% eram referência econômica no domicílio, sendo 51% do sexo masculino e 45% feminino.

Barbosa (2006) observou 118 idosos com HIV/AIDS, integrantes da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e encontrou 48,3% com até três anos de escolaridade, 28% entre quatro e sete anos e 23,7% com oito anos ou mais.

Comparando estes dados com os da pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD), realizada no Brasil entre 1999 e 2009 com idosos, a escolaridade foi considerada baixa, sendo que 30,7% tinham menos de um ano de instrução, pouco menos de 12% viviam com renda domiciliar *per capita* de até ½ salário mínimo, 22,9% recebiam mais de dois salários, 64,1% ocupavam a posição de pessoa de referência no domicílio e 66% eram aposentados (IBGE, 2010a).

Entre os idosos com HIV/AIDS, 38% viviam em domicílios unipessoais, 24% com seus filhos, 18% com o cônjuge e 9,3% com seus pais (também idosos). No Brasil, 14% dos idosos vivem em domicílios unipessoais, 43% com os filhos e 24% com o cônjuge (IBGE, 2010c). Não encontramos referências sobre idosos que vivem com seus pais.

Observamos que a tendência de os idosos com HIV/AIDS viverem sozinhos, seja decorrente da condição conjugal sejam viúvos, solteiros, separados ou divorciados, conforme ressaltou Camarano e El Ghouri (2002) sobre a população idosa no Brasil, o

estado conjugal de viuvez e o de pessoas solteiras são fatores determinantes para o crescimento das famílias unipessoais e de idosos morando sozinhos.

Em relação à situação ocupacional nos 12 meses anteriores à pesquisa, um percentual de 32% dos idosos soropositivos exerciam atividade remunerada, sendo que 95,5% eram do sexo masculino e 18% se encontravam na condição de prostituição para completar ou aumentar a renda mensal. Um idoso de 69 anos de idade relatou que mantinha apenas relações sexuais orais com frequência e recebia por esta atividade em média R\$ 250,00 por mês.

O grau de satisfação das necessidades básicas destes idosos estava relacionado diretamente com a sua renda, isto é, quanto maior a renda, maior a satisfação. Desta forma, menos de 1% dos idosos relatou que satisfaziam muito bem as suas necessidades básicas, a maioria satisfazia de modo regular e 7,1% muito mal.

Uma possível explicação para essa relação reside no fato de que maiores índices de renda permitem a aquisição de melhores serviços, equipamentos de apoio e participação social ativa, que se refletem na garantia de melhor qualidade de vida, conforme pesquisa do IBGE (2010c).

Na caracterização dos aspectos relacionados aos hábitos de saúde, mais de 50% dos portadores não fumavam e 18% eram ex-fumantes. Quanto ao consumo de bebida alcoólica, a maioria dos idosos bebia e quase a metade nunca bebeu, sendo que poucos não consumiam nenhum tipo de bebida alcoólica há mais de 13 anos, e quase dois terços disseram beber socialmente. A bebida mais consumida era cerveja, seguida de vinho e destilados. Estes dados são semelhantes aos referenciados na pesquisa de Gross (2005) com idosos soropositivos na cidade do Rio de Janeiro.

Quanto ao consumo de drogas, 32% dos idosos já tinham consumido algum tipo de droga, 87% haviam consumido maconha, 66% cocaína, 20% crack, 12% droga injetável, no mínimo durante três anos e no máximo por 50 anos. Cerca de 65% haviam parado de usar drogas entre dois e 30 anos e 35% relataram que ainda faziam uso contínuo de maconha. Como podemos observar, há mais de 100% de respostas, o que demonstra que os idosos fizeram uso de diferentes tipos de drogas.

As doenças crônicas não transmissíveis de maior frequência de associação entre os idosos foram a hipertensão com 52,5%, a depressão (23,4%) e catarata (21,3%). 19% tinham diabetes e artrite e aproximadamente 17% tinham bronquite.

Gross (2005) e Barbosa (2006) também verificaram que mais da metade dos idosos observados com HIV/AIDS eram hipertensos, seguidos dos que tinham diabetes, incluindo as doenças cardiovasculares.

No Brasil, dados de pesquisa apontaram que 48,9% dos idosos entre 60 e 74 anos entrevistados no domicílio sofriam de mais de uma doença crônica, e no subgrupo de 75 anos ou mais de idade, a proporção atingia 54%. Entre as doenças crônicas, a hipertensão é a que mais se destaca em todos os subgrupos de idosos, com proporções em torno de 50%. Doenças como dores de coluna (ou costas) e artrite ou reumatismo apareceram também com bastante frequência entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2010c).

Em seu estudo de avaliação da capacidade funcional numa população de idosos em São Paulo, Ramos (2003) mostrou que há alta prevalência de doenças crônicas entre os entrevistados e quase 90% referiram pelo menos uma doença crônica não transmissível, principalmente hipertensão arterial, dores articulares e varizes.

Como padrão de consumo de medicamentos diários, 42,7% dos idosos neste estudo consumiam um medicamento por dia, 36% dois, 10% três, 6% quatro e 4% mais de cinco medicamentos, sendo que o consumo máximo foi de 14 medicamentos em 1% da população com receituários e 11% entre um a três medicamentos sem receituário.

No artigo de revisão de Rozenfeld (2003), os resultados não foram muito diferentes dos encontrados por Ramos e apontaram que o número médio de medicamentos usados pelos idosos não portadores esteve entre dois e cinco remédios por dia, e este número era aparentemente maior com medicamentos de venda livre. Aratani et al. (2006) também verificaram que a média de consumo de remédios entre os idosos era de 3,47 medicamentos, com desvio-padrão de 2,03, sendo o uso máximo de nove medicamentos.

Na observação do perfil de imunização dos idosos com HIV/AIDS, consideramos relevante que 45% de idosos não sabiam da existência de vacinas ou não estavam vacinados contra a difteria e o tétano, 26% não estavam vacinados contra a gripe, 75% contra pneumonia e 98% contra a hepatite B.

Conforme recomendação do Ministério da Saúde na orientação para adultos soropositivos sobre imunização, a vacina contra difteria e tétano é constituída de uma

dose de reforço a cada 10 anos; contra a gripe, somente quando indicada pelo médico; contra a pneumonia, deve ser administrada quando a contagem das células T CD4+ está acima de 350 células/mm³, e contra a hepatite B, é indicada para usuários de drogas injetáveis, homossexuais sexualmente ativos, prostitutas, homens e mulheres com atividade sexual e doenças sexualmente transmissíveis ou com mais de um parceiro sexual nos últimos seis meses, além de pessoas que vivem na mesma casa ou tiveram contato sexual com portadores da hepatite B (BRASIL, 2008).

Assim, segundo as recomendações os portadores devem ser avaliados por um médico antes de serem vacinados, como tentativa de obter uma resposta imunológica ideal. Todas as vacinas devem ser ministradas no curso da infecção pelo HIV , o mais precocemente possível, visto que, normalmente, os portadores de AIDS não desenvolvem boa resposta para a imunização.

Desta forma, constatamos que o fato de mais de 80% dos idosos de Santos-SP serem sintomáticos (com AIDS) tenha contribuído para que eles não tenham sido vacinados. Mesmo assim, consideramos importante expressar que estas questões devem ser revistas, com o objetivo de promover condições para minimizar futuras implicações que a falta de imunização pode proporcionar a estes pacientes.

Neste contexto, **sob a ótica da avaliação subjetiva de saúde referida pelos idosos com HIV/AIDS na faixa de 60 a 69 anos de idade, 66,7% disseram ter boa saúde, e na faixa dos 70 anos ou mais, o percentual foi de 62,9%, números não significativos estatisticamente (p=0,331).**

Os dados que o IBGE (2010) encontrou em 15 mil idosos brasileiros mostraram que em 77% entre 60 e 74 anos de idade, pouco mais de 45% declararam seu estado de saúde como muito bom ou bom, mesmo aqueles que apresentavam alguma doença crônica, e apenas 12,6% dos idosos com 75 anos ou mais disseram ter a saúde ruim ou muito ruim, justamente aqueles com perfil esperado de maior vulnerabilidade.

Retornando ao estudo, ao comparar a saúde de idosos com HIV/AIDS de ambos os sexos com a saúde de outras pessoas da mesma idade com HIV/AIDS ou não, pouco mais de 45% acreditavam ter uma saúde igual e 32,4% achavam que sua saúde era melhor. Em relação aos grupos etários as respostas foram semelhantes, mas não foram significativas (Tabelas 13 e 13a).

Para o padrão de respostas referentes à satisfação do grupo com a vida em geral, mais da metade disse estar satisfeita de forma regular com a vida, e os homens estavam mais satisfeitos do que as mulheres, assim como os idosos do grupo etário de 70 anos ou mais.

A percepção positiva que os idosos com HIV/ADS mostraram na avaliação do estado de saúde e na satisfação com a vida pode ser considerada um indicativo de bem-estar, sendo útil e ao mesmo tempo consistente para predizer que esta percepção pode contribuir de forma positiva no enfrentamento desta síndrome.

Jóia, Ruiz, Donalísio (2008) mostraram que para os idosos não portadores de HIV/AIDS da cidade de Botucatu-SP, a autonomia para executar as atividades de vida diária (AVDs) foi o fator mais importante relacionado à satisfação com a saúde e com a própria vida. Estes dados corroboram a afirmativa de que a capacidade funcional ou autonomia e independência são indicativos de satisfação.

Na verificação do estado nutricional medido pelo Índice de Massa Corpórea (IMC), 57% dos portadores foram caracterizados como eutróficos, 27,5% na faixa de sobrepeso, 10,6% com obesidade grau I, pouco mais de 4% apresentaram baixo peso e não foram encontrados índices de obesidade mórbida.

No estudo transversal de base populacional e domiciliar, realizado por Barbosa et al. (2007) no município de São Paulo com idosos da população em geral, entre 60 e 80 anos de idade ou mais, 88% tinham peso normal, 62% eram obesos e 49,8% estavam com baixo peso.

Na cidade de Blumenau-SC, os dados de uma investigação sobre IMC mostraram que 39% dos idosos institucionalizados eram eutróficos, 33% apresentavam sobrepeso, 28% obesidade grau I, e não identificaram idosos com baixo peso ou com obesidade mórbida (BORBA, WOLFF, LIBERALI, 2007).

O IMC que avalia os parâmetros de peso e altura tem sido aplicado com frequência em idosos, visto que, no processo de envelhecimento, as alterações do IMC podem comprometer a saúde física, mental e social dos idosos (XARÁ, DIAS, MOTA, 2006).

Na caracterização do perfil epidemiológico dos idosos com HIV/AIDS, em relação ao seu comportamento sexual, pouco mais de 38% relataram vida sexual ativa, e destes, mais da metade manteve relações sexuais até 12 meses anteriores

à pesquisa uma ou mais vezes por semana, 43% não tinham parceiro fixo e 25% tiveram de 4 a 8 parceiros, sendo que 85,1% disseram que sempre faziam uso de preservativo, 73,2% dos homens e 88% das mulheres referiram uso de proteção nas relações e 100% das idosas nunca haviam utilizado o preservativo feminino.

Um dado que chamou a atenção, em relação ao comportamento sexual dos idosos com HIV/AIDS, foi a idade dos parceiros com média de 46 anos. O parceiro mais velho tinha 66 anos e o mais jovem 25 anos. Estes dados mostram um novo modelo de comportamento sexual: a relação sexual intergeracional. Portanto, uma condição que pode contribuir na disseminação do HIV entre grupos etários distintos.

Brito, Castilho e Szwarcwald (2001) referiram que idosos brasileiros mantinham vida sexual ativa, inclusive após os 65 anos, os homens com mais frequência do que as mulheres, e Paiva et al. (2003) constataram que o comportamento sexual entre idosos era um fator de risco importante, pois 28% mantinham relações sexuais sem proteção.

Desta forma, a relação heterossexual com múltiplos parceiros foi a principal via de contaminação dos idosos que investigamos, conforme verificamos nas pesquisas realizadas no Rio de Janeiro (GROSS, 2005; FAKOURY, 2009) e em Goiânia (CASTRO, GONÇALVES, MENEZES, 2007).

Dados publicados pelo programa de DST/AIDS em 2010 sobre idosos com HIV/AIDS mostraram que o sexo masculino estava em 10,8 casos/100.000 habitantes, e o sexo feminino estava em 6,4 do total de casos no País, com uma expectativa de crescimento importante destes índices nos próximos anos (BRASIL, 2010).

Em relação à idade dos idosos no ano do diagnóstico, a idade mais precoce que registramos foi de 40 anos, e a mais tardia foi 71 anos, sendo que a média foi de 56 anos em ambos os sexos, com desvio-padrão de 6,9 anos. Os idosos com HIV/AIDS investigados por Gross (2005) tinham entre 58 e 62 anos de idade no ano do diagnóstico, e por Fakoury (2009), a idade no ano de diagnóstico variou de 44 a 81 anos, e a média de idade foi de 60 anos, com desvio-padrão de 7 anos, muito próximo do que identificamos.

Os idosos do município de Santos-SP descobriram ser portadores de HIV/AIDS pela manifestação das infecções oportunistas ou características da fase aguda do HIV, pela presença dos sinais persistentes de fadiga, febre, perda de

peso, de apetite e diarreia, e também quando o parceiro adoeceu ou foi a óbito. Outros idosos ficaram sabendo porque resolveram fazer voluntariamente o exame para HIV, e pouco mais de 8% descobriram ser soropositivos em consulta médica de rotina, uma condição ainda com baixa frequência.

Assim, pela complexidade de identificar as doenças comuns do envelhecimento associadas às manifestações nem sempre clássicas do HIV e da AIDS, o diagnóstico de HIV/AIDS em idosos configura-se atualmente um tema importante em Geriatria e Gerontologia.

Neste sentido, tanto a pessoa idosa quanto os profissionais da saúde devem refletir sobre a AIDS. O diagnóstico precoce de HIV/AIDS em idosos é uma garantia de vida com qualidade (ALENCAR & CIOSAK, 2010; BRASIL, 2011).

Em relação às manifestações das doenças oportunistas entre os idosos em ambos os sexos, verificamos que a maior frequência esteve relacionada às hepatites B e C, à tuberculose pulmonar, à pneumonia, à sífilis e à gonorreia.

Pesquisas realizadas por Andrade et al. (2010) e Gross (2005), com idosos portadores de HIV/AIDS, as DSTs, tais como a sífilis e a gonorreia, também se mostraram evidentes.

Observamos que a autopercepção que esta população mostrou sobre o risco de ser contaminada pelo HIV e por DSTs foi evidente diante do comportamento adotado, criando uma situação de vulnerabilidade para esses idosos e também colocando outras pessoas na mesma situação. Este perfil é de ampla complexidade na prevenção e controle da disseminação do vírus.

Em relação ao manejo da terapia antirretroviral, 13% dos idosos iniciaram a terapia há 20 anos, quase 50% estavam em tratamento há mais de 15 anos, 22% com 10 anos de uso de antirretrovirais e 18% menos de 10 anos. Os idosos na faixa etária de 70 anos e mais, referiram menor adesão e maior dificuldade para utilizar a terapia.

No município de São Paulo, Barbosa (2006) concluiu que quase a metade da população idosa com HIV/AIDS fazia uso da terapia no máximo há cinco anos, e no mínimo por um ano, com 80% de adesão ao tratamento. Idosos com 70 anos de idade ou mais também mostram menor adesão no manejo da terapia.

Em relação à contagem de T CD4+ e T CD8+, os dados mostraram que ocorreu um aumento expressivo no número de células com $p=0,000$, respectivamente. Os resultados a que [Fakoury \(2009\)](#) chegou não apresentaram valores estatísticos em relação à contagem de linfócitos T CD4+ à época do diagnóstico da infecção pelo HIV e a dosagem atual.

Quando perguntamos aos idosos se achavam que o envelhecimento e o fato de serem soropositivos para HIV constituíam um problema para eles, 29% responderam que sim, afirmando que ambos os fatos são conflitantes, principalmente pelo enfrentamento com o duplo preconceito, ser idoso e viver com HIV/AIDS. Entre os 41% dos idosos que responderam não ter nenhum problema, um idoso relatou que após o diagnóstico, a vida dele melhorou, porque passou a receber um salário mínimo de aposentadoria e uma cesta básica e, portanto, não precisava se prostituir ou lavar carros para prover seu sustento.

Na avaliação da cognição dos idosos portadores de HIV/AIDS pelo minixame do estado mental, 71,83% não apresentaram déficit cognitivo, distribuídos num universo de 80% idosos do sexo masculino e 61,29% do feminino.

Apenas 28,16% dos idosos tinham déficit cognitivo, sendo que quase 40% eram do sexo feminino e 20% do masculino. A maioria tinha entre 60 e 69 anos de idade, mas esta associação não foi estatisticamente significativa.

Na análise da escolaridade do grupo com déficit cognitivo em ambos os sexos, 35% eram analfabetos, 22,5% estudaram entre um e quatro anos, 32,5% tinham até oito anos de estudo e 10% mais de nove anos. Quando a escolaridade foi relacionada ao sexo e à idade, não verificamos associação significativa.

Comparando os dados encontrados no MEEM entre os idosos portadores de HIV/AIDS de Santos-SP com idosos do Rio de Janeiro, [Fakoury \(2009\)](#) aplicou o mesmo teste isoladamente de outros testes utilizados, e constatou que 18,1% dos portadores apresentaram déficit cognitivo, sendo que não foi estatisticamente significativo em relação ao sexo, mas em relação à idade mostrou que a média de idade mais alta (70 anos ou mais) teve resultado significativo, assim como a escolaridade. Aqueles que tinham mais anos de estudo mostraram influência estatisticamente significativa de proteção da cognição.

Vários estudos caracterizam que o déficit cognitivo em idoso é um importante indicador de incapacidade e representa atualmente um grande problema de saúde pública, com repercussões sociais e econômicas que afetam também seus familiares (MCGUIRRE, FORD, AJANI, 2006; BASSUK, WYPIJ, BERKMAN, 2000; MACIEL, GUERRA, 2008).

Neste contexto, se a função cognitiva dos idosos portadores de HIV/AIDS for preservada, eles podem se beneficiar com padrões de vida mais saudáveis e evitar despesas públicas com saúde. Segundo Maciel e Guerra (2008), a redução do impacto cognitivo, além de significar um aumento na expectativa de vida, pode também resultar em diminuição de gastos sanitários.

Em relação ao *screening* de saúde mental, 75,89% dos idosos com HIV/AIDS não apresentaram transtorno. As medidas descritivas mostraram em ambos os sexos que a média de pontuação foi de quatro pontos, com desvio-padrão de 3,8.

Os idosos portadores de HIV/AIDS que apresentaram *screening* positivo para distúrbio emocional, tipo distímia, foram representados aproximadamente por um quarto da população total avaliada, na faixa etária de 60 a 69 anos, com o índice de mulheres sendo maior que o dos homens. Da população total das mulheres, 26,2% tiveram escore positivo contra somente 22,5% dos homens, sendo que a associação não foi estatisticamente significativa.

Ressaltamos que não encontramos estudos sobre avaliação de saúde mental em que o questionário de rastreamento psicogeriátrico SPES com idosos portadores de HIV/AIDS tenha sido aplicado. Assim, comparamos os dados deste estudo com estudos de referência no País que utilizaram o mesmo questionário com idosos brasileiros não portadores.

Um dos primeiros estudos populacionais no Brasil, com avaliação de saúde mental de idosos residentes na comunidade, foi realizado na cidade de São Paulo em 1984. Os dados mostraram que entre os idosos residentes num grande centro urbano latino-americano, cerca de um quarto teve um *screening* positivo para distúrbio emocional tipo distímia (RAMOS, 2003), semelhante ao resultado encontrado com idosos soropositivos.

Maia, Durante e Ramos (2004) entrevistaram 327 indivíduos com 60 anos de idade e mais da cidade de Montes Claros, no norte de Minas Gerais, e observaram

que a proporção de 36,1% das mulheres com *screening* positivo de transtornos mentais também foi maior do que a dos homens, com 21,6%.

Os mesmos autores observaram que a maioria dos idosos com transtorno distímico tinha entre 60 e 64 anos de idade, porém estes foram ultrapassados pelos idosos com 75 anos ou mais, ressaltando que uma parcela crescente de idosos com 80 anos ou mais, e também uma proporção maior de alterados, se enquadravam nesta faixa etária. Entretanto, essas diferenças não apresentaram significância estatística.

A distímia é duas vezes mais frequente no sexo feminino do que no masculino, e em termos de evolução, a distímia pode ser considerada um subtipo adaptativo de humor que se desenvolveu para enfrentar situações de estresse ou carências. Porém, uma pessoa com transtorno distímico de manifestação clínica pode apresentar sensível comprometimento na rotina das AVDs (NICULESCU, AKISKAL, 2001; SPANEMBERG, JURUENA, 2004).

Na avaliação das atividades de vida diária pessoal e instrumental, entre os idosos portadores de HIV/AIDS, 61,26% eram independentes totais para executar as 15 AVDS, 26,05% tinham dependência parcial e 12,67% dependiam de ajuda porque não realizavam sete ou mais atividades.

Os idosos entre 60 e 69 anos de idade dependentes em mais de sete AVDs, sendo os homens em maior número do que as mulheres, por ordem de referência, não realizavam a limpeza da casa, as compras, o preparo das refeições, não conseguiam cortar as unhas dos pés, sair de condução, ir ao banheiro em tempo, subir um lance de escada, vestir-se e também medicar-se na hora certa, entre outras atividades.

Em São Paulo, em pesquisa que avaliou independência na vida diária de idosos não portadores de HIV/AIDS na comunidade, os resultados mostraram que mais da metade da população estudada (53%) referia necessidade de ajuda parcial ou total para realizar ao menos uma das atividades da vida diária. Foi detectado, também, que 29% dos idosos necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três dessas atividades, e 17% necessitavam de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (RAMOS et al., 1993; ROSA et al., 2003).

Ramos e colegas (1998), indagando se o idoso poderia executar a atividade diária sem ajuda ou se era necessária alguma ajuda (incluindo aqueles que exigem assistência total), constataram que apenas um terço da coorte era totalmente

independente (34%), com uma proporção mais elevada entre os homens (45%) em comparação com as mulheres (27%). Uma minoria considerável já estava exigindo algum tipo de ajuda para realizar ao menos sete das AVDs. Neste grupo, as mulheres apresentavam maior probabilidade de ser altamente dependentes do que os homens (18% e 12%, respectivamente), (RAMOS et al., 1998).

Em suma, embora os dados disponíveis nesta tese apresentem certas limitações em relação ao tamanho da população investigada, representados pela perda dos sujeitos que não foram encontrados e daqueles que se recusaram a participar do estudo, e também pela restrita comparação com a literatura sobre avaliação da capacidade funcional de idosos com HIV/AIDS, reconhecemos que os resultados podem ter sido superestimados.

Porém, acreditamos que as informações obtidas fornecem indicadores amplamente verificados com idosos da população em geral, para os quais há expressiva evidência de validação científica, mostrando que a maioria dos dados que apresentamos não foi muito diferente dos estudos que comparamos.

Neste sentido, os conhecimentos produzidos podem transformar-se em subsídios em Geriatria e Gerontologia e contribuir de alguma maneira para a prevenção e controle do HIV e da AIDS entre idosos no País.

5 CONCLUSÕES

Em relação aos resultados encontrados sobre o perfil dos idosos portadores de HIV/AIDS do Centro de Referência de DST/AIDS de Santos-SP e da avaliação da capacidade funcional desses idosos, concluímos que:

1. Nas características sociodemográficas:

- ✓ A maioria dos idosos era formada por viúvos, solteiros ou separados, na faixa etária de 60 a 69 anos, 40% viviam em domicílio unipessoal e tinham oito anos de estudo ou mais, aposentados com renda *per capita* mensal de pouco mais de dois salários mínimos.

2. Na descrição dos hábitos de saúde e da morbidade referida:

- ✓ 66% dos idosos referiram ter boa saúde, 45% ter a saúde igual à de outras pessoas da mesma idade e 64% mostraram padrão regular de satisfação com a vida. Em relação à morbidade referida, 52% sofriam de hipertensão, seguida de depressão, catarata, diabetes, doenças articulares e bronquite.

3. Nas características epidemiológicas relacionadas ao HIV/AIDS:

- ✓ A relação heterossexual com múltiplos parceiros foi a via principal de contaminação pelo HIV e a média de idade mostrou que os idosos portadores de HIV/AIDS tinham mais de 50 anos no ano do diagnóstico. Quase 30% tiveram tuberculose, seguida de hepatite B, pneumonia, hepatite C, candidíase orofaríngea, herpes simples, sífilis e gonorreia. 86% referiram nunca ter abandonado a terapia antirretroviral, enquanto 48% estavam em tratamento há mais de 15 anos. Observamos que o aumento dos linfócitos T CD4+ e T CD8+ foi significativo entre o ano do diagnóstico e os últimos 12 meses anteriores à entrevista. Quase 40% tinham vida sexual ativa, 52%

com múltiplos parceiros, mas também com parceiro portador de HIV/AIDS, 18% eram trabalhadores do sexo, quase 90% referiram sempre fazer uso de preservativo e 28% referiram que se sentiam discriminados pela idade e por serem portadores de HIV/AIDS.

4. Na avaliação da função cognitiva, saúde mental e independência nas atividades de vida diária:

- Y 71,83% dos idosos não apresentaram déficit cognitivo e, em relação aos anos de estudos, não foi estatisticamente significativo. 75,88% não mostraram *screening* positivo de saúde mental, tipo distímia. 61,26% eram independentes para executar as 15 atividades de vida diária, 26,90% tinham dependência parcial e 12,67% eram totalmente dependentes para realizar sete ou mais atividades. Assim, no conjunto, os dados indicativos da funcionalidade desses idosos portadores de HIV/AIDS se mostraram semelhantes à avaliação da cognição, da saúde mental e da independência para atividades de vida diária dos idosos representativos da população em geral.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R.A & CIOSAK, S.I. O diagnóstico precoce do HIV no idoso: uma breve revisão da literatura. *Online braz.j.nurs.* Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 2-7, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2989>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

ALVES, L. C; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199 -1207, jul./ago. 2008.

AMATUZZI, M. L. L. et al. Methodological language: part 1. *Acta ortop. bras.* [online]. São Paulo, v.14, n.1, p. 53-56, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v14n1/en_a12v14n1.pdf>. Acesso em: 28 mar 2010.

AMIRALIAN, M. et al. Conceituando deficiência. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n.1, p. 97-103, fev. 2000.

ANDRADE, R. G. et al. Infecção pelo HIV no Idoso. *R. Bras. Med.* São Paulo, v. 67 n. 11, p. 405-409, nov.2010.

APPAY, V. et al. Old age and anticytomegalovirus immunity are associated with altered T-cell reconstitution in HIV-1-infected patients. *AIDS*. Estonia, v. 25, n.15, p. 1813–1822, set. 2011.

ARATANI, M. C. et al. Quais atividades diárias provocam maior dificuldade para idosos vestibulopatas crônicos? *Acta Oral*. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 18-24, 2006.

ARAÚJO, V. L. B. et al. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v.10, n.4, p. 544-54, dez. 2007.

BAER, M.; ROBERTS, J. Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. *Canadian Psychology*. Canada, v. 43, n. 2, p.115-121, may. 2002.

BARBOSA, A. R. Et al. Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo, v. 53, n.1, p.75-79, jan./fev. 2007.

BARBOSA, A. S. M. *Adesão ao tratamento antirretroviral entre idosos vivendo com Aids na Grande São Paulo*. 2006. 128 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2006.

BASSUK, S. S; WYPIJ, D.; BERKMAN, L. F. Cognitive impairment and mortality in the community-dwelling elderly. *Am J Epidemiol*. Boston, v. 151, n. 7, p. 676-688, apr.2000.

BECKER, J. T.; LOPEZ, O. L.; DEW, M. A.; AIZENSTEIN, H. Prevalence of cognitive disorders differs as a function of age in HIV virus infection. *Official Journal of the International AIDS Societ*. Thaliand, v.18 (suppl 1): S11–S18, jul.2004.

BENEDICT, S.; HAIGHT, B. K.; JOHNSON, M. Aids in older people: a literature review for clinical nursing research and practice. *Journal of Gerontological Nursing*. Charleston, v. 4, n. 24, p. 8-13, abr. 1998.

BERQUÓ E. *Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil*. Ministério da Previdência e Assistência Social. Anais do I Seminário Internacional “Envelhecimento Populacional; uma agenda para o final do século”. Brasília: MPAS; 1996. p. 16-34.

BERTOLUCCI, P. H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatria*. São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.

BLAY, S. L.; RAMOS, L. R.; MARI, J. J. Validity of a Brazilian Version of the Olders Americans Resources and Services (OARS) Mental Health Screenig Questionnaire. *J Am Geriatr Soc*. [S.I], v. 36 n. 8, p.687-692, aug.1988.

BONARDI, G.; SOUZA, V. B. A.; MORAES, J. F. D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *R. Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-144, jul./set. 2007.

BORBA, A. M. N. L., WOLFF, J. H., LIBERALI, R. Avaliação do perfil antropométrico e alimentar de idosos institucionalizados em Blumenau - Santa Catarina. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo, v.1, n.3, p. 11-18, mai./jun. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Portal sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais*, 2011. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/diagnostico-de-idosos>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – AIDS e DST*. Ano VII, n. 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas – jan. a jun. de 2010. Disponível em: <http://www.niv.com.br/Noticias/boletim_dst_aids_2010_pdf_19557.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

_____. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 8. ed. rev. Brasília: MS (Ministério da Saúde), 2010a, p. 448. (Série B – Textos Básicos de Saúde).

_____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*. Ano VII, n. 1 - 27ª a 52ª semanas epidemiológicas – jul./dez. 2009. Disponível em: <http://www.niv.com.br/Noticias/boletim_dst_aids_2010_pdf_19557.pdf>. Acesso em: 10 jan 2011.

_____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas (PCAP). Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 ano, 2008*. Organização: MARCELA, Ana Roberta Pati Pascom; ARRUDA, Mariangela Rocha de; GALVÃO, Simão Batista. Brasília, 130p., 2011b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/pcap-2008>>. Acesso em: 11 dez. 2011.

_____. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*, 2007/2008: documento preliminar. p. 229, Brasília, 2008a. Disponível em: http://www.infectologia.org.br/anexos/PN%20DST-Aids_Recomenda%E7%F5es%20TARV%20adultos%20e%20adolescentes%20infectados%20pelo%20HIV_2008.pdf.> Acesso em: 4 abr. 2009.

_____. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília: Editora MS (Ministério da Saúde), 2008b. 130 p. (Série A- Normas e Manuais Técnicos. Série Manual, n. 84).

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002*. Organização das Nações Unidas, tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de

Mendonça; Vitória Góis. Brasília: MS, 2003 p. 86 (Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1).

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev.Soc.Bras. Med. Trop.* Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./abr.2001.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatria.* São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, set. 2003.

BUTLER, I. F. et al. HIV genetic diversity biological and public health consequences. *Current HIV Research.* Los Angeles, v. 5 n.1, p. 23-45, jan. 2007.

CAMARANO, M. A. & EL GHOURI, S. K. *Família de idosos: ninhos vazios?* Rio de Janeiro: IPEA, abr. 2002. (IPEA. Texto para Discussão, 950). Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-338349>>. Acesso em: 9 jan. 2012.

CANINEU, P. R. *Prevalência de demências na população de pacientes idosos (>=60 anos) internados no serviço de saúde "Dr. Cândido Ferreira" da Prefeitura Municipal de Campinas.* 2001,163 p. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas.São Paulo, Campinas, 2001.

CARAMELLI P. & NITRINI, R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente. *Rev Ass Med Bras.* São Paulo, v. 46 n. 4, p. 301-30, out./dez. 2000.

CASTRO, C. C.; GONÇALVES, B. S.; MENEZES, R. L. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS no Hospital de Doenças Tropicais (HDT), em Goiânia. *Fragmentos da Cultura*, Goiânia, v. 17, n. 3 e n.4, p. 303-314, mar./abr. 2007.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública.* São Paulo,1997, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr.1997.

CRUZ, G. E. P. C. *A nova idade da AIDS: um perfil epidemiológico de portadores idosos.* Dissertação (Mestrado em Gerontologia). 2004, 93p. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

DEEKS, S. G. & PHILLIPS A. N. HIV infection, antirretroviral treatment, ageing, and non-AIDS related morbidity. *BMJ.* San Francisco, v.338, n.3172, p. 288-289,

jan.2009, in: FISHER, M. & COOPER, V. HIV and ageing: premature ageing or premature conclusions? *Journal Curr Opin Infect Dis*.[S.I.], v. 25, n. 1, p. 1–3. 2012.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral AIDS. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 40 (supl.): p. 9-17, abr.2006.

FAKOURY, M. K. *Avaliação cognitiva dos idosos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle*. 2009. 120 p. Dissertação (Mestrado em Neurologia). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

FICHTER, M. M. et al. Dementia and Cognitive Impairment in the Oldest Old in the Community: Prevalence and Comorbidity. *Brit. J. Psychiatr.* [S.I.], v. 166, n. 5, p. 621-629, may.1995.

FIEDLER, M. R. M. & PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 n. 2, p. 409-415, fev. 2008.

FILLENBAUM, G. G. *The Well-Being of the Elderly: Approaches to Multidimensional Assessment*. Geneva: World Health Organization, 1984. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO_OFFSET_84.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2010.

FISHER, M. & COOPER, V. HIV and ageing: premature ageing or premature conclusions? *Journal Curr Opin Infect Dis*.[S.I.], v. 25, n. 1, p. 1–3. 2012.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Minimental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res.*, [S.I.], v.12, n. 3, p. 189-198, nov. 1975.

FREEDMAN, V. A.; MARTIN, L. G.; SHOENI, R. F. Recent Trends in Disability and Functioning Among Older Adults in the United States. *JAMA*, [S.I.], v. 288, n. 24, p. 3137 – 3164, dec. 2002.

FREITAS, E. V. “Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento”, in: PY, Lígia et al. (orgs.). *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004, p. 61-82.

GERETTI, A.M. HIV-1 subtypes: epidemiology and significance for HIV management. *Journal Current Opinion in Infectious Diseases*. London, v. 19, n. 1, p. 1-7, feb. 2006.

GERSHMAN, K. *The Little Black Book Series Geriatria*. Tradução Fabiana Buassaly. São Paulo: Tecmedd Editora p. 1-3, 2008.

GROSS, J. B. *O estudo de HIV/IDS após os 60 anos de idade em duas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro*. 2005, 119 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical). Instituto Oswaldo Cruz, Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2005.

GUARALDI, G. et al. Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis*. Chicago, v. 53, n. 11, p.1120 –1126, oct. 2011.

GUCCIONE, A. A. *Fisioterapia geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Editora, p. 470, 2002.

HEATON, R. K. et al. The HNRC Group. The impact of HIV-associated neuropsychological impairment on everyday functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society*. San Diego, v. 10, p. 317-331, may. 2004.

IMRIE, R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociol Health Illness*. London, v. 26, n. 3, p. 287-305, apr. 2004.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Sinopse dos Resultados do Censo 2010*. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 20 jun. 2011

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – (PNAD) 2010a*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf> Acesso em: jan 2011

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE. *Sinopse do Censo Demográfico 2010b*. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/centso2010/sinopse.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2011.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais*. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, n. 27, p. 252, 2010c. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf> Acesso em: 8 dez. 2010.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – (PNAD) 2008*. Disponível em:<
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&> Acesso em: 11 out. 2010.

JETTE, A. M. How measurement techniques influence estimates of disability in older populations. *Soc Sci Med*. Watertown, v. 38, n. 7, p.937-942, apr.1994.

JÓIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALÍSIO, M. R. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de S. Paulo, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 17, n.3, p.187-194, jul./set. 2008.

KANE, R. A. & KANE, R. L. *Assessing The Elderly: a Practical Guide to Measurement*. Toronto: Lexington Books, p. 1-67, 1981, in: ROSA, T. E. C. et al. Determinantes da capacidade funcional. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n.1, p. 40-48, fev. 2003.

KELLY, J. A.; KALICHMAN, S. C. Behavioral research in HIV/aids primary and secondary prevention: recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, [S.l.], v. 70, n. 3, p. 626-639, jun. 2002.

KRAMER, A. S. et al. Alterações Metabólicas, terapia antirretroviral e doença cardiovascular em idosos portadores de HIV. *Arq. Bras. Cardiol*. São Paulo, v. 93, n. 5, p. 561-568, nov. 2009.

KRONBAUER, G. A. et al. Nossos velhos: perfil demográfico dos idosos de Santa Cruz do Sul. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 81- 93, 2009.

KUNKEL, S. R & APPLEBAUM, R. A. Estimating the prevalence of long-term disability for an aging society. *J Gerontol*. [S.l.], v. 47, n.1, p. 253-260, sep.1992.

LAZZAROTTO, A. R. et al. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.13, n.6, nov./dez. 2008.

LEWDEN, C. et al. HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm³ on long-term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population. *J Acquir Immune Defic Syndr.* [S.l.], v. 46, n.1, p. 72–77. 2007.

LEWI, D. S. et al. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. In: BORGES, D. R. & ROTHCHILD, H. A., (Eds). *Atualização terapêutica*. 21 ed. São Paulo, Brasil: Artes Médicas, 2003, p. 288-293.

LOURENÇO, R. A. & VERAS, R. P. Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-719, ago.2006.

MACIEL, A. C. C. & GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. *Rev. Assoc. Med. Bras*. São Paulo, v. 54, n. 4, p. 347-352, jul./ago. 2008.

MAIA L.C.; DURANTE, A.M.; RAMOS, L.R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, v. 38, n. 5, p. 650-656, out. 2004.

MÂNGIA, E. F. et al. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 19, n. 2, p. 121-130, maio/ago. 2008.

MARINS, J. R. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS* 2003, [S.l.], v. 17, n. 11, p. 1675-1682, jul. 2003.

MARTIN, J.; VOLBERDING, P. HIV and premature aging: a field still in its infancy. *Ann Intern Med*. [S.l.], v.153 n. 7, p.477–479. oct. 2010.

MAY M., GOMPELS M., DELPECH V. et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK collaborative HIV cohort (UK CHIC) study. *BMJ*, [S.l.], v. 343 p.1-11. may. 2011. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d6016>>. Acesso em: 05 jan.2012.

MCGUIRRE, L.C.; FORD, E.S.; AJANI, U.A. The impact of cognitive functioning on mortality and the development of functional disability in older adults with diabetes: the second longitudinal study on aging. *BMC Geriatrics*. Atlanta, v. 6, n. 8, p.1-7, may. 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/8>>. Acesso em: 2 jul. 2010.

MEDEIROS, K. C. S. M. et al. Avaliação do nível de informação em relação à AIDS/HIV por idosos assistidos no Programa de Saúde da Família. *Geriatrics & Gerontology*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 53-58, ago. 2008.

MOCROFT, A. et al. EuroSIDA Study Group. Serious fatal and nonfatal non-AIDS-defining illnesses in Europe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. [S.l.], 2010, v. 55, n. 2, p. 262–270, 2010. Disponível em: <http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2010/10010/Serious_Fatal_and_Nonfatal_Non_AIDS_Defining.22.aspx>. Acesso em: 01 mar. 2011.

MORAES, E. N.; LANNA, F. G. J. S. *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Módulo II: Avaliação multidimensional do idoso. Parte 5. Avaliação da cognição e do humor. Belo Horizonte: Coopmed Editora, 2008, 700p.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. *Rev. Med. Minas Gerais*. Minas Gerais, v. 20, n.1, p. 54-66.jan./mar. 2010.

NASRI, F. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. São Paulo, v.6, (Supl. 1), S4-S6, 2008.

NELSON, A.; FOGEL, B. S.; FAUST, D. Bedside Cognitive Screening Instruments. A Critical Assesment. *J Nerv Ment Dis*. [S.l.], v.174, n. 2, p. 73-83, feb.1986.

NERI, A. L. *Palavras-chave em Gerontologia*. São Paulo: Alínea Editora, 2008, 220p.

NGUYEN, N. & HOLODNIY, M. HIV infection in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*. [S.l.], v. 3, n. 3, p. 453–472, oct. 2008. Disponível em: <<http://www.dovepress.com/hiv-infection-in-the-elderly-peer-reviewed-article-CIA-recommendation1>>. Acesso em: 3 fev. 2011.

NICULESCU III, A. B.; AKISKAL, H. S. Proposed endophenotypes of dysthymia: evolutionary, clinical and pharmacogenomic considerations. *Journal Molecular Psychiatry*, [S.l.], v. 6, n. 4, p.363-366, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.nature.com/mp/journal/v6/n4/full/4000906a.html>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS, T. A. F. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 679-685, ago. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF). Lisboa. 2004. p. 238. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 9 jan.2010.

_____. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. *World Health Organization*; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002, 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2006.

_____. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation of Obesity. Geneva, 1997. Disponível em:<http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf>. Acesso em: 2 maio 2011.

PAIVA, V. et al. *Uso de preservativos: Pesquisa Nacional MS/IBOPE 2003*. Disponível em: <http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/artigo_preservativo.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2009.

PARAHYBA, M. I. & VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1257-1264, jul./ago., 2008.

PASQUALOTO, A. C. & SCHWARZBOLD, A. V. *Doenças infecciosas: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed Editora, p. 189-201, 2006.

PAULO, R. M. D. *A actividade física na população idosa: efeitos da actividade física não formal na capacidade funcional e no índice de massa corporal, da população idosa*. 2010,139p.Dissertação (Mestrado em Actividade Física). Instituto Politécnico Castelo Branco, Portugal, 2010.

PAYNE, B. A. et al. Mitochondrial aging is accelerated by antirretroviral therapy through the clonal expansion of mtDNA mutations. *Nat Genet.* [S.l.], v. 43, n. 8, p. 806-810, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.natap.org/2011/HIV/1106261.PDF>> Acesso em: 10 mar. 2012.

PEREIRA, P. R. *Subtipos do HIV-1 e associação com características demográfico-epidemiológicas em pacientes atendidos em Hospital de referência em Porto Alegre, Brasil*. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2010.

PINA, A. P. B. *Investigação e Estatística com Epiinfo*: definição do desenho do estudo, 57p, 2005. Disponível em: <<http://www.saudepublica.web.pt/03-investigacao/031-epiinfoinvestiga/Investigação.zip>>. Acesso em: 8 jan. 2008.

PINNELLI A, SABATELLO E. Determinants of the health and survival of the elderly: suggestions from two different experiences-Italy and Israel. Conference on Health and Mortality Trends Among Elderly Populations: Determinants and Implications. United Nations/IUSSP/WHO; 1993 Jun 21-25. Sendai City, Japan.

PFEIFFER, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients.. J Am Geriatr Soc, 23, p.433-440, oct.1975. Disponível em: <<http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/cognitive/SPMSQ.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2010.

RACHID, M. & SCHECHTER, M. *Manual de HIV/AIDS*. 9. ed. Rio de Janeiro: Revinter Editora. 2008, 222 p.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v. 19, n. 3, p.793-797, mai./jun. 2003.

_____. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al., editores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Editora 2002, 72-78 p.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v.27 n.2, p.87-94, 1993.

_____. Two-year follow-up study of elderly residents in Sao Paulo, Brazil (Epidoso Project): Methodology and preliminary results. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 32, n. 5, p. 397-407, oct.1998.

RAMOS, L. R. & GOIHMANN, S. Geographic stratification by socio-economic status: Methodology from a household survey with elderly people in Sao Paulo, Brazil. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, n.23, n. 6, p. 478-492, dec.1989.

REQUEJO, H. I. Z. Worldwide molecular epidemiology of HIV. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 331-345, mar. 2006.

REYNOLDS, S. L.; SILVERSTEIN, M. Observing the onset of disability in older adults. *Soc Sci Med.* [S.l.], v. 57 n.10, p.1875-1889, mar.2003.

RODRIGUES, R. M. C. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Rev Panam Salud Publica*, [S.l.] v. 23, n.2, p. 109-115, fev. 2008.

ROSA, T. E. C. et al. Determinantes da capacidade funcional. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 37, n.1, p. 40-48, fev. 2003.

RIBEIRO, P. C. C. *Estilo de vida ativo no envelhecimento e sua relação com o desempenho cognitivo: um estudo com idosos residentes na comunidade*. 2006, 104 p. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, Campinas, 2006.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.717-724, maio/jun. 2003.

RUSSEL, C. K. et al. Factors that influence the medication decision making of persons with HIV/AIDS: a taxonomic exploration. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, [S.l.], v.14, n. 4, p. 46-60, 2003.

SALDANHA, A. A. W. et al. *A AIDS na velhice na perspectiva dos profissionais da saúde*. Trabalho apresentado no III CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOGERONTOLOGIA. Portugal, 2009. Disponível em: <http://geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-73.pdf>. Acesso em 01 mar.2011.

SALOMÃO, R. & PIGNATARI, A. C. C. (orgs.). *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. UNIFESP. Escola Paulista de Medicina – Infectologia. São Paulo, 2004, 596 p.

SILVA, P. C. V. et al. Perfil clínico de 128 pacientes idosos portadores do HIV/ AIDS no Hospital Gaffrée e Guinle. *Cad. Bras. Med.*, XXI, v. 21, ns. 1, 2, 3, 4, p. 52-60, jan./dez. 2008. Disponível em: <http://www.unirio.br/ccbs/revista/CADERNOS%20BRASILEIROS%20DE%20MEDICINA%202008.pdf>>. Acesso em: 22 set.2009.

SEIDL, E. M. F. et. al. Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2305-2316, out. 2007.

SIQUEIRA, A. S. & TIBÚRCIO, J. D. *Estatística na área da Saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional*. Belo Horizonte: Coopmed Editora, 2011, 538 p.

SOUSA, A. C. A. et al. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com AIDS.DST- *J Bras Doenças Sex Transm*.Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 22-26, 2009. Disponível em:< [http://www.dst.uff.br//revista21-1-2009/5-Perfil%20Clinico-Epidemiologico-%20JBDST%2021\(1\)%202009.pdf](http://www.dst.uff.br//revista21-1-2009/5-Perfil%20Clinico-Epidemiologico-%20JBDST%2021(1)%202009.pdf)>. Acesso em 12 set. 2011.

SOUSA, J. L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. DST- *J Bras Doenças Sex*.Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 59-64, 2008.Disponível em: <<http://www.dst.uff.br//revista20-1-2008/9.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2011.

SPANEMBERG, L. & JURUENA, M. F. Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Rev. Psiquiatr*. Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 300-311, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://10.1590/S0101-81082004000300007>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

STEFANIE, F. et al. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 11, p. 123-134, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4816/2714>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

STOFF, D. Mental Health Research in HIV/aids and aging: problems and prospects. *Official Journal of the International AIDS Society Thaliand*, v. 18, n.1 (Suppl.), p. S3-S10, jan. 2004. <http://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2004/01001/mental_health_research_in_hiv_aids_and_aging__2.aspx#>. Acesso em: 12 jan. 2008.

STUMM, E. M. F. et al. (orgs.). Perfil de idosos assistidos por unidades de Estratégia de Saúde da Família que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 449-462, set./dez. 2009.

TULDRÀ, A. & WU, A. W. Interventions to improve adherence to antirretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, [S.l.],v. 31, (suppl. 3), p.154-157, dec.2002. Disponível em: <

http://journals.lww.com/jaids/fulltext/2002/12153/interventions_to_improve_adherence_to.14.aspx>. Acesso em: 12 jan. 2008.

VASCONCELOS, E. M. R.; ALVES, F. A. P.; MOURA, L. M. L. Perfil epidemiológico dos clientes HIV/AIDS na terceira idade. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 54, n. 3, p. 435-45, jul./set. 2001.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública.* São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, mai./jun. 2009.

_____. Envelhecimento Populacional: desafios e inovações necessárias para o setor saúde. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ. Ano 7, pp. 13-20, jan/jun. 2008. Disponível em: http://www.lampada.uerj.br/revistahupe/images/revista/Ano7_JanJun2008/artigo_1.pdf>. Acesso em 07 fev. 2009.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população de idosos no Brasil: mudanças e consequências para a sociedade. *Rev. Saúde Pública.* São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, jun. 1987.

WOODS, S. P. et al. HIV-associated prospective memory impairment increases risk of dependence in everyday functioning. *Neuropsychologia.* San Diego, v. 22, n.1, p. 110-117, jan. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2249562/pdf/nihms21659.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2010.

WU, A. W. Quality of life assessment comes of age in the era of highly active antiretroviral therapy. *Official Journal of the International AIDS Society.* [S.l.], v. 14, n.10, p.1449-1451, jul. 2000. Disponível em: http://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2000/07070/quality_of_life_assessment_comes_of_age_in_the_era.19.aspx>. Acesso em: 12 jan. 2008.

XARÁ, S.; DIAS, I.; MOTA, M. *Nutrição e VIH: particularidades no idoso.* VII Congresso Virtual HIV/AIDS. O VIH/AIDS na Criança e no Idoso, 2006. Disponível em: http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=36&CommID=309>. Acesso em: 1 jul. 2007.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

FICHTER, M.M; SCHRÖPPEL, H.; MELLER, I. Incidence of dementia in a Munich community sample of the oldest old. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. Munich, v. 246, n. 6, p.320-328, 1996.

MARCOTTE T. D. et al. The HNRC Group. The impact of HIV-related neuropsychological dysfunction on driving behavior. *Journal of the International Neuropsychological Society*. San Diego, v.5, n. 7, p. 579-592, nov. 1999.

OLIVEIRA, J. A. *Terceira Idade e cidade: o envelhecimento populacional intraurbano de Santos*. Dissertação (Mestrado em Sociologia), 192p. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Vigilancia del VIH de segunda generación*. El próximo decênio. 2005. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_CSR_EDC_2000.5_spa.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2006.

PEREZ, J. L. & MOORE, R. D. Greater effect of highly active antirretroviral therapy on survival in people aged ≥ 50 years compared with younger people in an urban observational cohort. *Clin Infect Dis*. Baltimore, v. 36, n. 2, p. 212-218, jan. 2003. Disponível em: <<http://cid.oxfordjournals.org/content/36/2/212.full.pdf+html>>. Acesso em: 27 jun. 2010.

STRAHL, C. & BLACKBURN, E.H. The effects of nucleoside analogs on telomerase and telomeres in Tetrahymena. *Nucleic Acids Res*.[S.I.], v. 22, p. 893-900, mar.1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC307907/pdf/nar00030-0011.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010

APÊNDICES**APÊNDICE A****Prefeitura Municipal de Santos – Secretaria de Higiene e Saúde****CONVOCAÇÃO N. _____**

Prezado (a) Sr (a) _____ entrar em contato pelo telefone (13 – XXXXXXXX) até o dia ____/____/____ para falar com a Enfermeira Gylce Eloisa Cruz. Pode ligar a cobrar.

Atenciosamente

Gylce Eloisa Cruz
UNIFESP/SP

P. E. S.
SMS – Chefe de Secção



APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP

Departamento de Medicina Preventiva
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – **Instrumento I –**
Prontuário

Gylce Eloísa Cabreira Panitz Cruz – **Orientador:** Dr. Luiz Roberto Ramos

I) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

| | | |
|--|--|----------|
| PRONT Nº. _____ | D.NOT: _____ | N. _____ |
| DN: ____ / ____ / ____ FEM () MAS () | | |
| DATA DA COLETA ____ / ____ / ____ ENTREVISTADOR _____ | | |
| ANO DO DIAGNÓSTICO _____ | TESTE: () 1ª Amostra () 2ª Amostra () 3ª Amostra | |
| Outro Teste: _____ | | |

II) CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL COMPORTAMENTAL RELACIONADO AO HIV/AIDS

| VIA DE CONTAMINAÇÃO | |
|------------------------------|---|
| () RELAÇÃO HOMOSSEXUAL | () MÚLTIPLOS PARCEIROS |
| () TRABALHADORAS DO SEXO | () HEMOFÍLICOS |
| () RELAÇÃO BISSEXUAL | () TRANSFUSÃO DE SANGUE |
| () RELAÇÃO HETEROSSEXUAL | () PARCEIRO CONTAMINADO |
| () SERINGA CONTAMINADA | () PARCEIRO COM MÚLTIPLOS PARCEIROS |
| () PARCEIRO UDI | () IGNORADA |

III) CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS (IOs)

| | | SIM | NÃO | EXAME CONF. | | | SIM | NÃO | EXAME CONF. |
|---|---------------------|-----|-----|-------------|--------------------|-------------------|-----------|-----|-------------|
| VÍRUS | CMV/Citomegalovírus | | | | FUNGOS | Pneumocistose | | | |
| | Herpes simples | | | | | Candidíase | | | |
| | Sarcoma de Kaposi | | | | PROTOZOÁRIO | Neurotoxoplasmose | | | |
| | Hepatite A | | | | | DSTs | Gonorréia | | |
| | Hepatite B | | | | | Cancro mole | | | |
| | Hepatite C | | | | | Sífilis | | | |
| BACTÉRIAS | TBP | | | | | | | | |
| | Pneumonia | | | | | | | | |
| | P.Carinii – PCC | | | | | | | | |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> | | | | | | | | | |

IV) CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DO ASPECTO CLÍNICO LABORATORIAL

| EXAMES | CD4 | CD8 | PCR |
|--|------------|------------|------------|
| ANO | | | |
| INICIAL (ano do diagnóstico) | | | |
| ANO | | | |
| ATUAL (ano da pesquisa) | | | |



APÊNDICE C
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP

Departamento de Medicina Preventiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – **Instrumento II – Entrevista**

Gylce Eloísa Cabreira Panitz Cruz – **Orientador:** Dr. Luiz Roberto Ramos

Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos Portadores de HIV/AIDS

I) IDENTIFICAÇÃO

Hora do início: ____ : ____

Número do Prontuário _____ Entrevistador _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Quem responde:

a- () idoso

b- () Informante (especificar) _____

c- () conhece o idoso há 10 anos ou mais

d- () conhece o idoso há menos de 10 anos

II) CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO

1) Qual é a sua nacionalidade? _____

2) Onde o Sr^(a) nasceu? _____

3) Qual o seu estado conjugal?

a- () Solteiro b- () Casado c- () Viúvo d- () Separado e- () divorciado f- ()
 Mora com esposo(a) g- () Nunca morou com companheiro

4) Quantos anos o Sr^(a) estudou? _____

5) Qual é sua profissão? _____

6) Vc recebe alguma renda? 1- () Sim 2- () Não

7) Vc está aposentado? 1- () Não 2- () Sim Há quanto tempo? _____

a- () Aposentado por tempo de serviço

b- () Aposentado por saúde (invalidez)

c- () Aposentado por idade

8) Vc tem atividade remunerada atualmente? 1- () Não 2- () Sim

Especificar _____

9) Quem mantém as suas despesas? a- () cônjuge b- () filhos c- () outros

10) Quanto vc recebe, no total, por mês? R\$ _____

11) A sua renda é fixa? 1- () Não 2- () Sim Especificar _____

12) A sua renda é parte da renda familiar? 1- () Não 2- () Sim

13) Quanto é a renda familiar? R\$ _____

14) Tipo de moradia: a- () própria b- () aluguel

15) Com quem o Sr^(a) mora? _____

16) Com a sua situação econômica, de que forma Sr^(a) satisfaz as suas necessidades básicas ?

a- () Muito bem b- () Bem c- () Regular d- () Mal e- () Muito mal

17) Sua satisfação com a vida em geral, no momento é?

a- () Muita b- () Média (regular) c- () Pouca

18) Em geral o Sr^(a) diria que sua saúde é:

a- () Ótima b- () Boa c- () ruim

19) Em comparação com a saúde de outras pessoas que o Sr^(a) conhece da sua idade, diria que sua saúde é:

a- () Muito pior b- () Pior c- () Igual d- () Melhor e- () Muito melhor

III – CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

20) O Sr^(a) tem alguma dificuldade para:

| | Sem dificuldade | Com dificuldade | | Não realiza sozinho | Ajudado por (*) | Observação |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-------|---------------------|-----------------|------------|
| | | Pouca | Muita | | | |
| a) Deitar/levantar da cama | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| b) Comer | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| c) Cuidar da aparência | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| d) Andar no plano | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| e) Tomar banho | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| f) Vestir-se | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| g) Ir ao banheiro em tempo | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| h) Subir escada(1 lance) | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| i) Medicar-se na hora | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| j) Andar perto de casa | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| k) Fazer compras | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| l) Preparar refeições | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| m) Cortar unhas dos pés | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| n) Sair de condução | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| o) Fazer limpeza de casa | 1 | 2 | 3 | 4 | | |

(*) Ajudado por: () Cônjuge () Filho/Neto () Cuidador formal () Outros () NA () NS () NR

21) O Sr^(a) tem cuidador principal: a- () Cônjuge b- () Filho c- () Neto d- () Cuidador formal e- () Sem cuidador fixo f- () Cuidador eventual g- () não tem cuidador h- () Outros

22) O que o Sr^(a) gostaria de fazer e que não está fazendo?

a- () Trabalho b- () Lazer c- () Contato familiar d- () Não deixo de fazer nada

IV) CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL COGNITIVO - (MEEM - Mini Exame do Estado Mental)

23) Agora faremos algumas perguntas para saber como está sua memória. Sabemos que com o tempo as pessoas vão tendo mais dificuldades para se lembrar das coisas. Não se preocupe com os resultados das perguntas.

(0) não aceitou responder (1) aceitou responder

Classifique: (C) resposta correta (E) resposta errada

23a) Pergunte ao indivíduo: Dê um ponto para cada resposta correta.

- 1- Que dia do mês é hoje? _____ ()
- 2- Em que mês estamos? _____ ()
- 3- Em que anos estamos? _____ ()
- 4- Em que dia da semana estamos? _____ ()
- 5- Qual é a hora aproximada? _____ ()

Considere a variação de + ou -1 hora)

23b) Pergunte ao indivíduo: Dê um ponto para cada resposta correta

- 1- Em que local nós estamos? _____ () **(Aponte para o chão)**
- 2- Que local é este aqui? _____ () **(Apontando ao redor num sentido mais amplo)**
- 3- Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? _____ ()
- 4- Em qual cidade nós estamos? _____ ()
- 5- Em qual Estado nós estamos? _____ ()

23c) Eu vou dizer 3 palavras e o Sr^(a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO

(Informe ao paciente que depois você irá perguntar novamente as palavras e que deverá guardá-las).

Pronuncie as palavras pausadamente e dê um ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira vez.

1. **CARRO** () 2. **VASO** () 3. **TIJOLO** ()

Se ele não conseguir acertar as três palavras, repita pausadamente mais 3 vezes, no máximo.

Conte as tentativas e registre: Tentativas _____

23d) O Sr^(a) faz cálculos / contas? () Sim () Não - Se a resposta for **Sim, pergunte:**

- 1- (100 - 7 = 93) _____ ()
- 2- (93 - 7 = 86) _____ ()
- 3- (86 - 7 = 79) _____ ()
- 4- (79 - 7 = 72) _____ ()
- 5- (72 - 7 = 65) _____ ()

Se a resposta for **Não**, peça-lhe para soletrar a palavra “**mundo**” de trás para diante.

- 1- O _____ ()
 2- D _____ ()
 3- N _____ ()
 4- U _____ ()
 5- M _____ ()

23e) O Sr^(a) poderia repetir as três palavras que disse há pouco? Registre as palavras que foram repetidas, corretamente. Se houver erros, corrija-os e prossiga. (Considere correto se o entrevistado espontaneamente se auto-corrigir).

1- _____ () 2- _____ () 3- _____ ()

23f) Mostre um relógio de pulso e pergunte-lhe: O que é isto? Repita com a caneta. Registre as respostas corretas.

1- Relógio _____ () 2- Caneta _____ ()

23g) Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que o(a) Sr(a) a repita depois de mim:

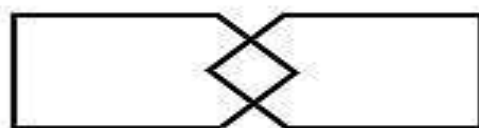
“**NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ**” () (Considere acerto somente se a repetição for perfeita).

23h). Diga: Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio com as 2 mãos e coloque-o no chão:

1- Com a mão direita () 2- dobre-o ao meio () 3- coloque-o no chão ().

(Considere acerto a realização de cada etapa pedida. Se o entrevistado pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas).

23i) OLHE ESTE DESENHO E COPIE ATRÁS DESTA FOLHA.



23j) Vou pedir que o Sr^(a) escreva uma frase. Se não compreender o significado ajude com: “alguma frase que tenha começo, meio e fim; ou alguma coisa que queira dizer ou alguma coisa que aconteceu hoje”.

_____ ()

23k) LEIA E FAÇA O QUE A FRASE ESTÁ SOLICITANDO: (Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando).

“**FECHE OS OLHOS**”

()

TOTAL ____/30

V) CARACTERIZAÇÃO DO HUMOR

24) Screening de Saúde Mental (Pfeiffer - SPES). Responda às questões seguintes com **Sim** ou **Não**:

| | | | |
|--------------------------------|---|---------|---------|
| 24a | O Sr ^(a) acorda bem e descansado na maioria das manhãs? | (1) Sim | (2) Não |
| 24b | Na sua vida diária o Sr ^(a) sente que as coisas acontecem sempre iguais? | (1) Sim | (2) Não |
| 24c | O Sr ^(a) já teve por vezes vontade de abandonar o lar? | (1) Sim | (2) Não |
| 24d | O Sr ^(a) tem muita sensação de que ninguém realmente o(a) entende? | (1) Sim | (2) Não |
| 24e | O Sr ^(a) já teve períodos em que não pode tomar conta de nada porque não estava agüentando mais? | (1) Sim | (2) Não |
| 24f | O seu sono é agitado ou conturbado? | (1) Sim | (2) Não |
| 24g | O Sr ^(a) é feliz na maior parte do tempo? | (1) Sim | (2) Não |
| 24h | O Sr ^(a) sente que o mundo ou as pessoas estão contra o Sr ^(a) ? | (1) Sim | (2) Não |
| 24i | O Sr ^(a) se sente, por vezes, inútil? | (1) Sim | (2) Não |
| 24j | Nos últimos anos o Sr ^(a) tem se sentido bem na maior parte do tempo? | (1) Sim | (2) Não |
| 24k | O Sr ^(a) tem problemas de dor de cabeça? | (1) Sim | (2) Não |
| 24l | O Sr ^(a) se sente fraco na maior parte do tempo? | (1) Sim | (2) Não |
| 24m | O Sr ^(a) já teve dificuldade em manter equilíbrio ao andar? | (1) Sim | (2) Não |
| 24n | O Sr ^(a) tem problema de falta de ar ou peso no coração? | (1) Sim | (2) Não |
| 24o | O Sr ^(a) tem sensação de solidão, mesmo quando acompanhado de outras pessoas? | (1) Sim | (2) Não |
| SCORE: Total: ____ / 15 | | | |

VI – CARACTERIZAÇÃO DA HISTÓRIA PESSOAL

25) O Sr^(a) fuma cigarros? 1- () Não 2- () Sim

- a- () Nunca fumou
- b- () Sim Há quanto tempo fuma _____ anos
- c- () cigarros
- d- () Fuma charuto
- e- () cachimbo
- f- () Fumou e parou
- g- () Fumou quantos anos _____
- h- () Parou de fumar há quanto tempo _____

26) Vc consome bebida alcoólica?

- a- () Não b- () Sim
- c- () Nunca bebeu
- d- () Bebeu e parou Há quanto tempo parou _____
- e- () Bebia muito
- f- () socialmente
- g- () pouco

27- Que tipo de bebida Sr^(a) consome?

- a- () Cerveja b- () Vinho c- () Destilados d- () Outros
- e- Com que frequência Sr^(a) consome esta porção? () p/ Dia () p/ Semana () socialmente
- f- O Sr^(a) já pensou em parar de beber? 1- () Não 2- () Sim
- g- O Sr^(a) sente-se culpado pela forma como bebe? 1- () Não 2- () Sim

28) O Sr^(a) alguma fez usou drogas? 1- () Não 2- () Sim

29) Que tipo de droga?

- a- () cocaína

- b- () maconha
 c- () craque
 d- () injetável
 e- () outras _____
 f- Quanto tempo usou drogas? _____
 g- Quando parou de usar? _____
 h- O que motivou a parar de usar drogas? _____

30) Vc ainda usa alguma droga? 1- () Não 2- () Sim Especificar _____

VII) CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL

31) O Sr^(a) mantém relações sexuais? 1- () Não 2- () Sim

32) Com que frequência o Sr^(a) mantém relações sexuais?

a- () uma ou mais vezes por semana b- () uma vez por mês

d- () menos de uma vez por mês

33) O Sr^(a) usa preservativo? 1- () Não a- () nunca usou 2- () Sim b- () sempre c- () eventualmente

34) A Sra. usa preservativo feminino? 1- () Não a- () nunca usou b- () não conhece 2- () Sim b- () sempre c- () eventualmente

35) O Sr^(a) tem parceiro fixo? 1- () Não 2- () Sim

36) O seu (a) parceiro (a) é portador de HIV? 1- () Não 2- () Sim

37) O Sr^(a) teve relações sexuais por dinheiro? 1- () Não 2- () Sim

38) Com quantos parceiros vc teve relações nos últimos 12 meses? _____

39) Qual é a idade dos seus parceiros? _____

40) Como Sr^(a) ficou sabendo do diagnóstico de HIV?

VIII) CARACTERIZAÇÃO DO MANEJO DA TARV

| |
|---|
| 41) TARV: S () N () a- DATA DA ADESÃO: |
| 42) ESQUEMA TARV: _____ |
| 43) VC ABANDONOU ALGUMA VEZ A TERAPIA: S () N () _____ |
| 44) VC TEM ALGUMA REAÇÃO COM A TARV _____ _____ |
| 45) ALGUÉM AJUDA VC A TOMAR TARV ? S () N () _____ _____ |
| 46) VC TEM ALGUMA DIFICULDADE PARA TOMAR A TARV? S () N () _____ |
| 47) VC ACHA QUE A TERAPIA DIFICULTA AS SUAS ATIVIDADES NO SEU DIA A DIA? S () N () |

IX) CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE DOENÇAS NÃO INFECCIOSAS

| 48) VC É PORTADOR DE ALGUMA DESSAS DOENÇAS? | SIM | NÃO | DESCRIÇÃO |
|--|------------|------------|------------------|
| A – Depressão | | | |
| B – Derrame cerebral | | | |
| C – Hipertensão | | | |
| D – Arritmia cardíaca | | | |
| E – Angina | | | |
| F – Trombose | | | |
| G – Catarata | | | |
| H – Enfizema pulmonar | | | |
| I – Bronquite | | | |
| J – Constipação intestinal | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| K – Incontinência urinária | | | |
| L – Insuficiência renal | | | |
| M – Diabetes | | | |
| N – Osteoporose | | | |
| O – Doenças articulares | | | |
| P – Doença de Alzheimer | | | |
| Q – Doença de Parkinson | | | |
| R – Tumores | | | |
| S – Problemas de visão | | | |
| T – Problemas de audição | | | |
| 49) Vc já teve alguma outra doença que eu não tenha lhe perguntado? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | |
| 50) VC ACHA QUE AS DOENÇAS DO ENVELHECIMENTO E O HIV E A AIDS SÃO PROBLEMAS PARA O SR^(A) ? <hr/> <hr/> | | | |
| | | | |
| | | | |

X) CARACTERIZAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS**Medicação**

51) O Sr^(a) toma algum remédio regularmente que não é da TARV? S () N ()

Medicamentos utilizados

| | | |
|----------|------------------------|------------|
| a) _____ | Receita_____1- () Não | 2- () Sim |
| b) _____ | Receita_____1- () Não | 2- () Sim |
| c) _____ | Receita_____1- () Não | 2- () Sim |
| d) _____ | Receita_____1- () Não | 2- () Sim |
| e) _____ | Receita_____1- () Não | 2- () Sim |
| f) _____ | Receita_____1- () Não | 2- () Sim |
| g) _____ | Receita_____1- () Não | 2- () Sim |
| h) _____ | Receita_____1- () Não | 2- () Sim |

XI) CARACTERIZAÇÃO DAS IMUNIZAÇÕES

52) Vacinação anti-tetânica: () Ausente () Completa () NS Data da última dose: ____/____/____

53) Vacinação anti-influenza (gripe) 1-() Não 2- () Sim () NS

54) Vacinação anti-pneumocócica: 1-() Não 2- () Sim a) Ano:____ () NS

55) Vacinação de hepatite 1-() Não 2- () Sim 3- () completa a) Ano: _____ () NS

XII) CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL

56) Altura: _____ **/ Peso:** _____ **IMC:** _____

a-() baixo peso b-() eutrófico/normal c-() sobrepeso d-() obesidade e - () obesidade mórbida

Hora do Término: ____ : ____

Assinatura do entrevistado: _____

ANEXOS

Anexo A: Parecer do Comitê de Ética Institucional



Universidade Federal de São Paulo

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 30 de maio de 2008.
CEP 0605/08

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) GYLCE ELOISA CABREIRA PANITZ CRUZ
Co-Investigadores: Luiz Roberto Ramos (orientador)
Disciplina/Departamento: Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "**Idosos portadores de HIV/AIDS: um estudo epidemiológico**".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional - epidemiológico.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Identificar e descrever as características do perfil epidemiológico do portador HIV/AIDS com 60 ou mais anos de idade..

RESUMO: Participarão do estudo homens e mulheres com 60 anos ou mais de idade, residentes na cidade de Santos, portadores HIV e casos de AIDS, notificados e registrados nos prontuários do Centro de Referência e Tratamento (CRT), uma unidade de atendimento à saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Os dados serão coletados de duas formas distintas: através de entrevistas com um instrumento de coleta de dados, e através dos prontuários. O instrumento de coleta de dados conterá as seguintes variáveis: dados de identificação da população, caracterização do perfil sócio-econômico, caracterização do perfil comportamental relacionado ao HIV/AIDS, caracterização do perfil do aspecto clínico laboratorial, do perfil clínico das infecções, do manejo da terapia antiretroviral e do perfil de doenças não infecciosas..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Há escassez de referências bibliográficas sobre idosos portadores de HIV e vivendo com AIDS. Este é um estudo epidemiológico, visando identificar as características do portador HIV/AIDS com 60 anos ou mais ..

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos, apresentando o instrumento a ser utilizado na coleta de dados..

TCLE: Foram atendidas as pendências emitidas pelos relatores, encontrando-se dequado, de acordo com a resolução 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo.

CRONOGRAMA: 12 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Doutorado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 25/5/2009 e 25/5/2010.



Universidade Federal de São Paulo

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

06/05/08

Anexo B: Parecer e Encaminhamento do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Santos



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
ESTÂNCIA BALNEÁRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SMS
Secretaria Municipal
de Saúde

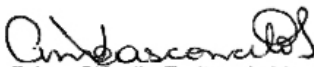
A
Seção Centro de Referência em Aids

A Coordenadoria de Formação Continuada em Saúde encaminha Gylse Eloísa Cabreira Panitz Cruz, da Universidade Federal de São Paulo, a essa Unidade para realizar a Pesquisa: "Idosos Portadores de HIV/Aids: um estudo Epidemiológico" aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

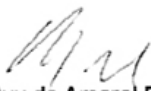
O Pesquisador realizará entrevista e coleta de dados, conforme consta em sua Proposta e se compromete a entregar os resultados, antes de sua publicação ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Colocamo-nos a inteira disposição para maiores esclarecimentos, através do telefone 3201 5608.

Atenciosamente,


Profª Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos
Assessora Pedagógica
COFORM/DEPRO/SMS


Profa. Dra. Sílvia Maria Tagé Thomaz
Coordenadoria de Formação Continuada
em Saúde
COFORM / DEPRO / SMS


Drº Ruy do Amaral Pupo Filho
Chefe do Departamento de Vigilância,
Programas de Saúde e Formação Continuada
DEPRO/SMS

Recebido em 18/11/2008
Assinatura do pesquisador 